

Qualitätsmanagement im Hospiz – ein Perspektivwechsel im Qualitätsverständnis

Heike Walper

Qualitätsmanagement (QM) in palliativen Einrichtungen gewinnt seit einigen Jahren zunehmend an Bedeutung. Hospize haben nach der Pionierphase eine hohe individuelle Qualität entwickelt. Nun sind sie, wie jede andere Einrichtung im Gesundheitssystem, gefordert, diese Qualität transparent darzustellen, zu sichern und weiterzuentwickeln. Der Beitrag stellt ein Projekt zur Entwicklung eines Qualitätsmanagement-Instruments im Christophorus Hospiz München vor.

Hintergrund

Mit dem Hospiz- und Palliativgesetz vom Dezember 2015 werden auch „Maßnahmen zur Verbesserung der Versorgungsqualität“ gefordert. Auf dieser Grundlage haben wir uns im Rahmen eines Teamprozesses 2019 im Christophorus Hospiz München die Frage gestellt, wie wir die Versorgungsqualität unter Integration der Individualität der Bewohnerinnen und Bewohner als zentrales Element in unserem Hospiz beschreiben, konkretisieren und sichern können. Ziel war und ist es, dies in ein Qualitätsmanagement (QM) einbetten zu können.

Dimensionen des Qualitätsbegriffs

Zunächst setzten wir uns mit unterschiedlichen Beschreibungen von Qualität auseinander, um eine passende theoretische Grundlage für die Arbeit in unserem Hospiz zugrunde zu legen.

In den meisten Bereichen des Gesundheitswesens hat sich das Modell der Donabedian'schen Trias (Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität) als Modell im QM etabliert [1]. Donabedian definiert die Qualität der Gesundheitsversorgung als das „Ausmaß, mit dem die tatsächliche Versorgung in Übereinstimmung mit vorausgesetzten Kriterien für gute Versorgung ist“ [2].

Insofern haben die Leistungsempfänger für ihre individuelle Beschreibung von „guter Qualität“ nur noch ein eingeschränktes Mitspracherecht.

Merke

Im Hospiz ist die möglichst hohe Lebensqualität der wichtigste Indikator für gute Qualität. Was für den Einzelnen eine gute Lebensqualität ausmacht, ist eine subjektive Empfindung. Auch die Wege zu einer guten Lebensqualität sind variabel.

DEFINITION

Modell der Donabedian'schen Trias zum Qualitätsmanagement

Strukturqualität beschreibt die Rahmenbedingungen, die personellen und materiellen Ressourcen.

Die **Prozessqualität** beschreibt Management- und Beschaffungsprozesse, standardisierte Verfahren und alle planbaren Tätigkeiten, die direkt oder indirekt am Versorgungsprozess beteiligt sind.

Ergebnisqualität beschreibt die antizipierten Ergebnisse aus Anbietersicht, die durch die Struktur- und Prozessbeschreibung erreicht werden sollen. Durch festgelegte Prozesse entsteht ein, aus der Sicht der Leistungserbringer, im Vorfeld definiertes qualitativ gutes und erwünschtes Ergebnis.

Es wird deutlich, dass die Begleitung in der letzten Lebensphase nur in organisatorischer Hinsicht als Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität antizipiert und abgebildet werden kann. Die individuellen Bedürfnisse und Ziele werden in großen Teilen von den betreuten Menschen selbst definiert. Dazu werden weitere Indikatoren benötigt, die subjektiv erlebte Qualität im Versorgungsprozess eines Hospizes begreifbar machen. Dies wird in einem Zitat aus der später beschriebenen Interviewstudie deutlich:

„Aber es kann ja auch nicht sein, dass die nur die Tablettenbringer sind, das will ich auch nicht. Mal eine Frage oder ein kurzes Gespräch. Da hat zum Beispiel mal eine Schwester am Abend gefragt ‚Wie war Ihr Tag?‘ Das fand ich toll!“

Einige QM-Modelle greifen diese Lücke auf und benennen weitere „Qualitäten“:

Beziehungsqualität: So wird die Beziehungsqualität in den dienstleistungsorientierten QM-Modellen von Parasuraman, Zeithaml und Berry (1985) [3] und Liljander und Strandvik (1993) [4] als so bedeutsam erachtet, dass sie als eigene Dimension beschrieben wird. Hensen und Hensen (2010) [5] zeigen auf, dass derzeit gängige Zertifizierungsverfahren Qualität vor allem aus Sicht des Anbieters misst. Die Perspektive des Nutzers wird kaum in den Blick genommen. Sie plädieren dafür, dass neben der Beziehungsqualität auch Handlungsqualität und Erlebnisqualität die klassische Trias ergänzen sollen [5]. Auch die Caritas hat unter der Beteiligung von Ackermann et al. (2015) in dem Praxisprojekt LebensWert „Beziehungsqualität“ als eigene Dimension beschrieben, die den QM-Prozess ergänzt und mittels neuer Audits als Ergebnisqualität erfasst werden soll [6].

Die Rahmenvereinbarung über Art und Umfang sowie Sicherung der Qualität der stationären Hospizversorgung fordert eine laufende Qualitätsprüfung: „Dabei ist insbesondere darauf abzustellen, inwieweit den individuellen Bedürfnissen der Patientin bzw. des Patienten entsprochen und damit in der letzten Lebensphase ein Höchstmaß an persönlicher Lebensqualität ermöglicht wurde“ [7]. Damit wird ein weiterer Schwerpunkt gesetzt, der im QM seine Berücksichtigung finden muss.

Lebensqualität: Der Begriff „Lebensqualität“ ist ein in vielen Bereichen subjektiv zu definierender Anspruch. „Lebensqualität“ kann als eine Kombination aus individueller Zufriedenheit und dem objektiven Wohlergehen definiert werden. Es gibt messbare Kriterien allgemeingültiger Parameter wie physische, geistig-kognitive Leistungsfähigkeit und Gesundheit einerseits, aber auch die individuelle Adaptionsfähigkeit bei scheinbar eingeschränkten physischen Ressourcen auf der anderen Seite. Die Deutungshoheit der subjektiven Dimension liegt im individuellen Ermessen [8].

Das Lebensqualitätsmodell (1989) nach Küchler und Schreiber beschreibt eine subjektive Erlebensdimension, die wiederum in den vier Dimensionen menschlichen Daseins stattfindet [9]. Für die Lebensqualitätserfassung ist die Erlebensdimension zentral:

Lebensqualität bestimmt sich in wesentlichen Teilen aus dem Erleben des körperlichen Zustands, des Weitem werden die psychische Erlebensdimension, die interpersonelle Dimension, die sozioökonomische und die spirituelle Dimension benannt [8].

Auch wenn Beziehungsqualität und Lebensqualität als wichtige Dimensionen in einigen Qualitätsmanagementansätzen berücksichtigt werden, bleibt die Frage, wie die Erwartungen und Bedürfnisse von Menschen in

der letzten Lebensphase erfasst und in die Arbeit einbezogen werden können.

Die Entwicklung eines Qualitätsmanagement-Systems im Christophorus Hospiz München

Vorgehen

Die Entwicklung von Qualitätsmanagement stellt einen Veränderungsprozess dar, der die Perspektive aller betroffenen Menschen berücksichtigen soll. Deshalb wurden die HospizbewohnerInnen in einer Interview-Studie zu ihren Erwartungen und Bedürfnissen befragt. Die Mitarbeitenden des multiprofessionellen Teams entwickelten anschließend mit den Ergebnissen und der Beschreibung ihrer hospizeigenen Haltung neue Qualitätsdimensionen.

Der qualitative Forschungsansatz ermöglichte, die subjektiven Sichtweisen, Erlebnisse und Lebenswelten im Kontext und aus der Perspektive der Betroffenen zu fokussieren. „Qualitative Forschung hat den Anspruch, Lebenswelten ‚von innen heraus‘ aus der Sicht der handelnden Menschen zu beschreiben.“ [10]

Die Forschungsfrage lautete:

Merke

Wie beschreiben Menschen mit einer onkologischen Erkrankung im stationären Hospiz ihre Erwartungen und Bedürfnisse?

Es wurde ein Ethikantrag gestellt, in dem Ziel, Design der Studie und ethische Vorüberlegungen formuliert wurden. Folgende Kriterien wurden festgelegt:

- Die gewählten Probanden müssen entscheidungsfähig sein und der Studie schriftlich zustimmen.
- Die Leitfragen sollen den narrativen Charakter der Interviews verstärken und beinhalten Vorstellungen, Erwartungen oder Befürchtungen bezüglich des Hospizes vor dem Einzug, deren Erfüllungsgrad ca. 2 Wochen nach dem Einzug, eine Priorisierung der Bedürfnisse und den aktuellen Unterstützungsbedarf.

Die Interviews wurden aufgezeichnet, transkribiert (Abschrift der Audiodatei), anonymisiert und qualitativ-inhaltsanalytisch untersucht.

Die Analyseschritte wurden in Microsoft Excel dokumentiert, die Zusammenfassung der Kategorien erfolgte mittels Filterfunktion. Der Forschungsprozess orientierte sich an der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring [11]. Es wurden bestimmte Aspekte aus dem Interview-Material herausgefiltert und einem Ordnungssystem zugeordnet. Die deduktiven Kategorien

wurden aus der Fragestellung abgeleitet und theoretisch begründet. Darüber hinaus entwickelte die zusammenfassende Analyse induktiv Kategorien aus den Interviews, die das Kategoriensystem ergänzten [12]. In der Analyse ergaben sich überschneidende Kategorien, die für die Entwicklung des QM-Instruments und der zu bearbeiteten Themen maßgeblich waren.

Bildung von Kategorien – eine Auswahl

Nachfolgend werden einzelne Erwartungen in verschiedenen Kategorien mit Ankerbeispielen dargestellt.

„Essen und Trinken“

„Essen und Trinken“ wird in verschiedenen Dimensionen wahrgenommen und überschneidet sich mit anderen Erwartungen. Als physisches Bedürfnis wird Essen mit einem Kräftezuwachs und so auch mit Hoffnung und Fürsorge assoziiert: *„Und jetzt esse ich wieder morgens, mittags, abends. Regelmäßig! Und ich merke, wie meine Körperkräfte zunehmen, [...] also ich habe ja bei mir zu Hause drei Tage nix gegessen.“*

Handlungsspielräume, Selbstwahrnehmung und Selbstbestimmung

Handlungsspielräume entstehen durch eine Auswahl von Möglichkeiten. Dadurch werden die Selbstbestimmung und die Selbstkompetenz von BewohnerInnen und Teammitgliedern gefördert: *„Ich kann die Tabletten nicht mit Wasser nehmen, sondern mit Cola. Und da habe ich im Krankenhaus gesagt ‚Ich hätte gern mal eine Cola bloß für die Tabletten.‘ – ‚Nein! – das macht Sie krank und...‘ Dann kam ich hierher. Und ich sage ‚Ich würde gern die Tabletten mit Cola nehmen‘, und denke mir ‚Oh Gott, jetzt geht das weiter.‘ Da sagt die Schwester ‚So ein Schmarren! Wollen sie die Cola warm oder kalt?“*

Bei Angeboten zu Essenswünschen werden Handlungsspielräume, Selbstwahrnehmung als Individuum und das Erleben von Genuss deutlich. *„[...] was ja ganz stark ist, dass wirklich Rücksicht auf individuelle Bedürfnisse im Essensbereich gelegt wird. [...] Die Schwester B. fragt dann ‚Wollen Sie heute nicht mal ein Ei?‘ Ja – und man fühlt sich halt auch wieder so wahrgenommen! Ich wäre da nie draufgekommen, ich hab’ aber eins gegessen, – es war herrlich!“*

Wahrnehmen und Erleben

Wahrnehmen und Erleben hat eine hohe Priorität, sowohl bei den Speisen als auch bei Erlebnisangeboten: *„Ja, dass es jeden Nachmittag Kuchen gibt – das ist gut! Und die griechischen Gerichte, zweimal waren sie sehr gut. Was ganz Neues wieder. [...] Äpfel, Orangen gleich auf dem Teller – also mir fällt jetzt nix ein, woran es noch mangelt.“*

„Und die Bewegungsmöglichkeiten, weil jetzt kommt wunderbar wieder die Sonne raus, aber ob des noch reicht, um hinauszugehen?“

„Letzte Woche Montag war hier ein Konzert. Das hat mir sehr gut gefallen. Und zwar, dass auch hier unten im Erdgeschoss gespielt wird. Fand ich super.“

Grenzen erleben und verstehen

Der Umgang mit den Grenzen der Selbstbestimmung wird reflektiert und in Bezug zu den eigenen körperlichen Ressourcen gesetzt. *„Was mich natürlich stört, das ist, dass man mir verboten hat, große Wanderungen zu machen. Also alleine loszuziehen. [...] Aber dieses Verbot ist gerechtfertigt. Ich bin ziemlich labil. Und meine Lunge ist auch betroffen, sodass ich nur 100 Meter gehen kann.“*

Individuelle Bedürfnisse zur erlebten Atmosphäre

Das Miteinander im betreuenden Team hat deutlich Einfluss auf die erlebte Atmosphäre und die individuelle Bewertung. *„Und auch, wenn ich mir so anschau, wie die Leute hier miteinander umgehen – da ist kein böses Wort oder so. Im Krankenhaus vorher – die waren teilweise richtig böse miteinander.“*

„Das Auffällige, dass hier alle so guter Laune sind. Man hört viel Lachen und sieht freundliche Gesichter [...]. Angenehm! Es ist angenehm natürlich. So stellt man sich das am Ende vor.“

Lachen, laute Gespräche können auch als unangemessene Oberflächlichkeit wirken: *„Ich hätte erwartet, dass es ein bisschen angemessener zugeht – bei mir ist es in erster Linie auf die Ruhe und Stille bezogen. Also ich erwarte nicht, dass jemand hier mit der Mönchskutte rumschleicht [...]“*

Todesvorstellungen

Todesvorstellungen, das antizipierte Erleben im Sterbeprozess oder Gedanken über mögliches Leiden sind häufig mit einer Erwartungshaltung verbunden. Diese zielt auf Symptomlinderung, möglicherweise aber auch auf eine zeitliche Einflussnahme bezüglich des Sterbeprozesses.

„Ja, weil man davon ausgehen muss, dass, je länger sowas dauert und je näher man dem Ende ist, dass das schwerer zu ertragen ist. Sicher, Atemnot, Übelkeit, von den Dingen da hofft man, dass man dem akut beikommt und ansonsten sind wir ja im letzten, ganz letzten Abschnitt. Und da geht’s ja vorwiegend darum, dass man die schlimmsten Auswirkungen nicht mehr ertragen muss. [...] natürlich nicht Spritze – mausetot – sondern, dass man das nicht in die Länge zieht, sondern etwas verkürzt im allerletzten Abschnitt – aber indirekt. Man kann diese oder jene Spritze geben. Die, die nochmal aufbaut oder die, die den Schlaf intensiviert.“

Vor dem endgültigen Abschluss der Studie wurden weitere Kategorien ermittelt (Auswahl):

- Beziehung erleben,
- physische Bedürfnisse, Unterstützungsbedarf,
- Wahrnehmen – Erleben,
- Wertschätzung, Akzeptanz,
- Krankheitserleben, Angewiesensein und Scham.

Entwicklung von subjektiven Qualitätsdimensionen im Teamprozess

Die vorläufigen Erkenntnisse der Studie wurden einer Arbeitsgruppe des Pflgeteams vorgestellt. In einem Brainstorming wurden weitere Begriffe gesammelt, die zum Selbstverständnis unserer hospizlichen Versorgungsqualität gehören. Diese Selbstanforderungen der Versorgungsqualität sind z. B.

- Wunsch nach Normalität,
- nicht nur als Kranker gesehen werden,
- Raum für Krankheitsverarbeitung und Spiritualität,
- Umgang mit Einschränkungen und Kontrollverlust,
- gute Symptombehandlung,
- Individualität,
- Respekt, Wertschätzung,
- Authentizität,
- absichtsloses Da-Sein,
- gesehen/gehört/ernst genommen/wahrgenommen werden.

Es wird deutlich, dass diese subjektiven Qualitätsindikatoren nur in Abhängigkeit vom Wunsch und Willen der betroffenen Menschen wirksam werden können. Darüber hinaus haben sie auch für alle Teammitglieder Gültigkeit, sie bieten einen Gestaltungsraum und Handlungssicherheit in der täglichen Arbeit.

Die Mitglieder der Arbeitsgruppe ordneten die Indikatoren zu Gruppen und fassten sie mit einer „Überschrift“ zusammen. Die vier neu entwickelten Dimensionen wurden von den Mitgliedern der Arbeitsgruppe erklärend beschrieben und dem gesamten Team vorgestellt.

Ergebnisse: Beschreibung von subjektiven Qualitätsprozessen

Dimension „Beziehung“

Die Dimension „Beziehung“ drückt aus, wie der Einzelne die Beziehung zu sich selbst und seiner Umgebung erlebt und erleben will. Die Tiefe der zugelassenen Beziehungen ist subjektiv und kann nur individuell gestaltet werden. Die Beziehungsqualität ist dann der Faktor, mit dem dieses individuelle Maß beschrieben wird.

Das Ziel lautet: Individuelle Beziehungsprozesse werden bewusst ermöglicht, gefördert, angepasst und gestaltet.

Dimension „Gestaltungsräume“

Unter der Dimension „Gestaltungsräume“ verstehen wir die Qualität und das Maß der erlebten Selbstbestimmung. Jeder Mensch hat ein individuelles Bedürfnis nach Selbstbestimmung, dem Erleben von Selbstwirksamkeit und Kontrolle.

Ziel der Begleitung ist das gemeinsame Suchen, Entdecken und Benennen von objektiv vorhandenen und subjektiv gewollten Handlungsspielräumen und das gemeinsame Ausloten der Reichweite; Krankheitsbearbeitungsstrategien den individuellen Bedürfnissen entsprechend zu entwickeln, zu fördern und zu begleiten.

Dimension „Dasein“

Unter der Dimension „Dasein“ verstehen wir:

- das Dasein als Form menschlicher Existenz, mit allem was den Menschen ausmacht, d. h. für uns: der Mensch fühlt sich mit allem, was er mitbringt, angenommen und wertgeschätzt;
- das „Da-Sein“ als Angebot der Begleitung durch Pflegende, Zugehörige, Ehrenamtliche etc.

Viele Themen und Emotionen am Lebensende benötigen nicht zwangsläufig eine Lösung, sondern vielmehr eine absichtslose Beachtung. Dasein bedeutet, als Person mit dem eigenen Lebensstil, Lebensgewohnheiten, Ansichten und Befinden, im physischen, psychosozialen und spirituellen Kontext, wertfrei wahrgenommen zu werden.

Ziel ist, dass HospizbewohnerInnen neben lösungsorientierten Hilfs- und Beziehungsangeboten auch absichtslose Begegnungsmomente, also ein bedingungsloses „Da-Sein“ durch Mitmenschen erleben können.

Dimension „Erleben“

Unter der Dimension „Erleben“ verstehen wir Atmosphäre, Aktivität oder Passivität, Wahrnehmung und Empfinden in seiner physischen, psychosozialen und spirituellen Ebene in einer für diesen Menschen sinnvollen, individuell gewünschten Art und Weise.

Ziel ist es, Teilhabe im gegebenen Rahmen zu ermöglichen. Das kann ein sinnliches Wahrnehmen, Normalität, Wohlbefinden, Sicherheit, Atmosphäre, Ablenkung oder Ruhe sein, in der Art, wie es individuell als stimmig erlebt wird.

Ausblick und Diskussion

Ausgehend von der etablierten struktur-, prozess- und ergebnisorientierten Qualitätsbetrachtung im Hospiz erscheinen ergänzende Qualitätsdimensionen notwendig, die verstärkt die subjektiven Bedürfnisse und Erwartungen der HospizbewohnerInnen sowie der Mitarbeitenden des multiprofessionellen Teams im Blick ha-

ben. Die bestehende Qualität und das Selbstverständnis im Hospiz benötigen diesen Perspektivenwechsel, um das Erleben der Menschen im Hospiz abzubilden.

„Betroffene zu Beteiligten machen“ [10] als ein Grundsatz in Veränderungsprozessen bedeutet, dass die genannten QM-Dimensionen individuell und teamspezifisch von den Betroffenen selbst entwickelt werden. Andere Teams und andere Menschen werden möglicherweise eigene Perspektiven und Prioritäten prozesshaft entwickeln.

Die Frage der Übertragbarkeit der Bedürfnisse der InterviewpartnerInnen auf Menschen, die sich nicht äußern können und daher nicht Teil der Studie sind, muss im Studienteam noch evaluiert werden. Trotzdem erwachsen aus den Aussagen der Befragten ähnliche Qualitätsdimensionen, wie sie eingangs beschrieben wurden: Beziehung, Erleben und Gestalten. Die Dimension „Dasein“ vereint zusätzlich Begriffe, die die Haltung und das Selbstverständnis des begleitenden Teams umfasst: Wertschätzung, Respekt, Achtsamkeit, Authentizität und absichtsloses Da-Sein.

Weiterführend werden Audits in Form von Fragebögen und zur teilnehmenden Beobachtung entwickelt. Der Praxistransfer ist in der Pflegebeilage beispielhaft dargestellt.

FAZIT

Im Spiegel subjektiver Erwartungen und Bedürfnisse aller Beteiligten kann die professionelle Haltung von Palliative Care erfahrbar sein und weiterentwickelt werden. Das eröffnet für alle Beteiligten erlebbare und wertschätzende Begegnungen, Gestaltungsräume und Handlungssicherheit in der täglichen Arbeit.

Danksagung

Besonderer Dank gilt den Kolleginnen und Kollegen des Studienteams: Katarina Theißen und Stefan Oberneder, den Kolleginnen und Kollegen der Projekt-Arbeitsgruppe „Subjektive Qualitäten“: Anika Gänsrich, Anne Duchêne, Katarina Theißen, Manuela Simeone (Leitung der Projektgruppe), Markus Häckl, Sabine Aßmann, Stefan Oberneder, Ulrike Zielonka-Grambow, und dem Initiator und Pflegedienstleiter des Christophorus Hospizes Ulrich Heller.

Interessenkonflikt

Die Autorin gibt an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Korrespondenzadresse

Heike Walper M.Sc.
Stellvertretende Pflegedienstleitung,
Christophorus Hospiz München
Effnerstraße 93
81925 München
walper@chv.org

Literatur

- [1] Donabedian A. Evaluating the quality of medical care (1966; Reprint). *Milbank Q* 2005; 83: 691 – 729
- [2] Schlüchtermann J. Betriebswirtschaft und Management im Krankenhaus. 2. Aufl. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft Berlin; 2016: 216
- [3] Bruhn M. Qualitätsmanagement für Dienstleistungen. 10. Aufl. Berlin: Springer Gabler; 2016: 100ff
- [4] Bruhn M. Qualitätsmanagement für Dienstleistungen. 10. Aufl. Berlin: Springer Gabler; 2016: 123ff
- [5] Hensen P, Hensen G. System- und subjektbezogene Perspektiven von Zertifizierungsverfahren in Gesundheitseinrichtungen. *Gesundheitsökonom Qualitätsmanag* 2010; 15: 132 – 140
- [6] Praxis.Projekt.Lebens.Wert. Caritas Geldern, GAB München, Hrsg. Beziehungsqualität professionell gestalten. Kevelaer: Butzon & Bercker; 2016
- [7] Rahmenvereinbarung nach § 39a Abs. 1 Satz 4 SGB über Art und Umfang sowie Sicherung der Qualität der stationären Hospizversorgung vom 13.03.1998, i.d.F. vom 31.03.2017, 8. Im Internet: https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/hospiz_palliativversorgung/20170331_Rahmenvereinbarung_nach_39a_Abs_1_Satz_4_stationaere_Hospize.pdf (Stand: 27.01.2020)
- [8] Reichardt J. Lebensqualität in der Medizin: Ethische Herausforderungen ihrer Bestimmung und Verwendung. In: Kovács L, Kipke R, Lutz R, Hrsg. Lebensqualität in der Medizin. Wiesbaden: Springer Fachmedien; 2016: 107 – 120
- [9] Bestmann B, Küchler T. Lebensqualität im Kontext der Palliativmedizin. *Z Palliativmed* 2019; 20: 108 – 110
- [10] Glasl F, Kalcher T, Piber H. Professionelle Prozessberatung. 3. Aufl. Bern: Haupt; 2014: 42
- [11] Mayring P. Qualitative Inhaltsanalyse. Weinheim: Beltz; 2015
- [12] Ramsenthaler C. Was ist „Qualitative Inhaltsanalyse“. In: Schnell MW, Schulz C, Kolbe H, Dunger C, Hrsg. Der Patient am Lebensende. Wiesbaden: Springer Fachmedien; 2013: 23 – 42

Bibliografie

DOI <https://dx.doi.org/10.1055/a-1078-9610>
Z Palliativmed 2020; 21: 67–72
© Georg Thieme Verlag KG Stuttgart · New York
ISSN 1615-2921

NEUES AUS DER SEKTION PFLEGE

Mit dem Gesetz zur Reform der Pflegeberufe (PflBG) wurde der Grundstein für eine zukunftsfähige Erneuerung der Pflegeausbildung für Kranken-, Kinderkranken- und Altenpflege gelegt. Die Fachkommission nach § 53 PflBG veröffentlichte am 01.08.2019 einen Rahmenlehrplan für den theoretischen und praktischen Unterricht sowie die praktische Ausbildung. Vorgesehen sind insgesamt 11 curriculare Einheiten in 3 Ausbildungsjahren. Die Sektion Pflege und die AG-Bildung der DGP haben sich gemeinsam dafür stark gemacht, dass in der zukünftigen Pflegeausbildung das Thema „Palliative Care“ nicht zu kurz kommt.

Wir freuen uns sehr darüber, dass die gemeinsamen Aktivitäten der Sektion Pflege und der AG-Bildung zum Erfolg geführt haben und Palliative Care mit der Einheit **„Menschen in kritischen Lebenssituationen und in der letzten Lebensphase begleiten“** im Umfang von 250 Stunden in die Grundausbildung aufgenommen wurde.

Somit bietet der Rahmenlehrplan die Möglichkeit, für die angehenden Pflegefachfrauen und Pflegefachmännern die grundlegenden Kompetenzen in Palliative Care zu erwerben, die sie für die allgemei-

ne Palliativversorgung im Krankenhaus, der stationären Altenhilfe, der Wiedereingliederungshilfe und der ambulanten Versorgung benötigen. Eine Vertiefung dieser Kompetenzen kann darauf aufbauend durch berufliche Fort- und Weiterbildungen erreicht werden.

Die AG-Bildung hat dazu bereits mit der „Kompetenzbasierten berufsgruppenunabhängigen Matrix zur Erstellung von Curricula für die Weiterbildung curriculärer Bildungsinhalte in Palliative Care/Palliativmedizin (KoMPac)“ eine wichtige Grundlage geschaffen. Angelehnt an diese Matrix können somit dem Kompetenzlevel der Ausbildung entsprechende Inhalte vermittelt und erarbeitet werden.

Die Sektion Pflege und die AG-Bildung haben vereinbart, ihre erfolgreiche Zusammenarbeit rund um Bildungsthemen in Palliative Care fortzuführen und freuen sich über weitere Interessierte, die sich daran beteiligen möchten.

Dorothee Becker, Michaela Hach

Bei Interesse bitte melden bei:

dorothee.becker@palliative-takecare.de