

Kernkompetenzen in der Palliativversorgung – ein Weißbuch der European Association for Palliative Care zur Lehre in der Palliativversorgung*

Core Competencies in Palliative Care – a White Paper on Palliative Care Education from the European Association for Palliative Care



Schlüsselwörter

- Palliativversorgung
- Kernkompetenzen
- Lehre
- Konsenspapier

Keywords

- Palliative Care
- core competencies
- education
- consensus statement

VNR

2760512015147120303

Bibliografie

DOI <http://dx.doi.org/10.1055/s-0035-1552684>

Z Palliativmed 2015; 16: 152–167

© Georg Thieme Verlag KG
Stuttgart · New York
ISSN 1615-2921

Korrespondenzadresse

Dr. Christian Schulz

Interdisziplinäres Zentrum für
Palliativmedizin (IZP), im Gebäude
der MNR-Klinik (Geb. 13.52)
Universitätsklinikum Düsseldorf
Moorenstraße 5
40225 Düsseldorf
christian.schulz@med.uni-
duesseldorf.de

N. Krumm¹, E. Schmidlin², C. Schulz³, F. Elsner¹

Zusammenfassung

Der Zweck dieses Konsensus-Dokuments ist die Beantwortung der Frage: „Welche Kompetenzen sind in Bezug auf den klinischen Einsatz von Palliativversorgung für alle Fachkräfte wichtig, und zwar unabhängig von ihrer spezifischen Berufsgruppenzugehörigkeit?“ Es ist allgemein anerkannt, dass die Palliativversorgung in einem breiten Spektrum von Bereichen der Gesundheitsversorgung durchführbar ist, vom Krankenhaus der Maximalversorgung bis hin zur medizinischen Grundversorgung. Alle in der Gesundheitsversorgung Beschäftigten sollten eine angemessene Palliativversorgung anbieten können. Sie müssen daher aus- und weitergebildet werden, den herausfordernden Bedürfnissen der Patienten und ihrer Familien gerecht zu werden, um den höchstmöglichen Versorgungsstandard zu erreichen, unabhängig von der zugrunde liegenden Diagnose. Das vorliegende EAPC-Weißbuch zeigt Expertenmeinungen zu globalen Kernkompetenzen für die professionelle Praxis unabhängig von Berufsgruppen auf und ist als eine Ressource für Praktiker und Lehrende gleichermaßen gedacht. Die hier beschriebenen 10 Kernkompetenzen könnten dabei helfen, Rollen und Verantwortlichkeiten von Teams zu entwickeln, die Palliativversorgung in ihren Gesundheitssystemen anbieten und weiterentwickeln möchten.

Abstract

The purpose of this White Paper is to address the question: “What competencies for clinical practice in palliative care are important for all practitioners, irrespective of their specific discipline?” It is widely recognised that palliative care is applicable across a range of healthcare settings, from tertiary hospitals to primary care. All healthcare professionals and workers should be able to provide appropriate palliative care and thus need to be trained to provide the highest possible standards of care in order to meet the challenging needs of patients and families, irrespective of diagnosis. This EAPC White Paper presents expert opinion on global core competencies for professional practice, irrespective of discipline, and is intended as a resource for practitioners and educators alike. We propose that the ten core competencies identified in this White Paper may assist in scoping the roles and responsibilities of palliative care teams as they strive to provide care within different healthcare systems.

* Erstveröffentlichung: Gamondi C, Larkin P, Payne S. Core competencies in palliative care: an EAPC White Paper on palliative care education – part 1. Eur J Palliat Care 2013; 20: 86–91. Copyright© 2013 Hayward Medical Communications. Translated and reprinted by permission of Hayward Medical Communications.

¹ Uniklinik RWTH Aachen Universität, Klinik für Palliativmedizin, Aachen, Deutschland

² EAPC-Vorstandsmitglied; Pflegeexpertin Mobiles Palliative Care Team, Réseau Santé Haut-Léman, Blonay, Schweiz

³ Universitätsklinikum Düsseldorf, Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf, Interdisziplinäres Zentrum für Palliativmedizin, Düsseldorf, Deutschland

Einleitung

Dieses Weißbuch folgt einer Reihe von früher veröffentlichten EAPC-Dokumenten zur Aus- und Weiterbildung von professionellen Kräften in der Palliativversorgung.

Es ist allgemein anerkannt, dass die Palliativversorgung in einem breiten Spektrum von Bereichen der Gesundheitsversorgung durchführbar ist, vom Krankenhaus der Maximalversorgung bis hin zur medizinischen Grundversorgung. Alle in der Gesundheitsversorgung Beschäftigten sollten eine angemessene Palliativversorgung anbieten können. Sie müssen daher aus- und weitergebildet werden, den herausfordernden Bedürfnissen der Patienten und ihrer Familien gerecht zu werden, um den höchstmöglichen Versorgungsstandard zu erreichen, unabhängig von der zugrunde liegenden Diagnose. Bestimmte Aspekte der Aus- und Weiterbildung sind notwendigerweise berufsgruppenspezifisch. Dennoch gibt es deutliche Elemente der Aus- und Weiterbildung in der Palliativversorgung, die relevant für alle beteiligten Berufsgruppen sind. Das vorliegende EAPC-Weißbuch zeigt Expertenmeinungen zu globalen Kernkompetenzen für die professionelle Praxis unabhängig von Berufsgruppen auf und ist als eine Ressource für Praktiker und Lehrende gleichermaßen gedacht.

Die Rolle der EAPC in der Entwicklung von Aus- und Weiterbildung in Europa

Der Bericht des Europarats „*Report on the Organisation of Palliative Care*“ hebt die Notwendigkeit für strukturierte Ausbildungsprogramme, die in die Ausbildung aller betroffenen Berufsgruppen eingearbeitet werden sollten, hervor. Er betont zudem die Notwendigkeit einer angemessenen Ausbildung der in der Palliativversorgung beteiligten psychosozialen Berufsgruppen in einer konkreten, aufschlussreichen und kulturell sensiblen Weise [1]. Die EAPC erkennt den inhärenten **Wert des gemeinsamen interdisziplinären Lernens** an. Sie erkennt auch an, dass sich Rollen und Funktionen in der Palliativversorgung innerhalb der Europäischen Union in bedeutendem Maße unterscheiden können, insbesondere in Bezug auf den Grad der Umsetzung der Versorgung und die Diversität der beruflichen Rollen. Rollen, die einer Disziplin zugeordnet werden, könnten durchaus effektiv von Fachkräften eines anderen klinischen Hintergrunds ausgeübt werden. Zur Unterstützung einer nachhaltigen und angemessenen Ausbildung von Palliative-Care-Fachkräften innerhalb Europas hat die European Association for Palliative Care eine Task Force für Lehrbelange von Pflegekräften und Ärzten, Psychologen, Physiotherapeuten, Sozialarbeitern, Seelsorgern, Beschäftigungstherapeuten und denjenigen Berufsgruppen, die mit Kindern arbeiten [2], beauftragt. Weitere Informationen zur Arbeit jeder dieser individuellen Gruppen sind auf www.eapcnet.eu erhältlich. Als ein Teil dieser Arbeit sind Curricula für Mediziner, Pflegekräfte und Psychologen in der Palliativversorgung verfügbar. Task Forces für andere Professionen (z. B. soziale Arbeit) arbeiten momentan an einem europaweiten Curriculum für ihre jeweiligen Disziplinen.

Schlüsselthemen für die Aus- und Weiterbildung

Dieses Dokument erkennt die strategische Ausrichtung in der praktischen Palliativversorgung hin zu einem allgemeinen Versorgungsansatz an und betont, dass Patienten mit einer fortschreitenden Nichttumorerkrankung sich mit ähnlichen Herausforderungen in ihrem Krankheitsverlauf konfrontiert sehen wie Patienten mit Tumorerkrankungen [5]. Obwohl der Fokus der Versorgung global unterschiedlich sein kann (z. B. chronische Erkrankungen der alternden Bevölkerung in Europa gegenüber der HIV/AIDS-Pandemie in Afrika), geht dieses Dokument von der Behauptung aus, dass eine generelle Palliativversorgung eine Versorgung für alle sein muss, unabhängig von Alter, zugrunde liegendem Zustand oder Status der Erkrankung [3, 4]. Eine Verpflichtung gegenüber den Prinzipien von Palliative Care bedeutet ein stetiges Bewusstsein der Gesundheitsfachkraft gegenüber den die Versorgungserfahrung des Patienten beeinflussenden inneren und äußeren Faktoren und ein dementsprechend ausgerichtetes Handeln mit dem Ziel, einen möglichst nahtlosen Versorgungsverlauf zu gewährleisten. Um praktisch Behandelnde akademisch aufzustellen, hat die EAPC für ein **dreistufiges Rahmenprogramm** plädiert, in dem alle Gesundheitsberufe eine Grundausbildung in Bezug auf die Prinzipien und Methoden der Palliativversorgung erhalten und darüber hinaus diejenigen, deren Arbeit sich hauptsächlich auf Palliative Care konzentriert, einen spezialisierten Wissensstand entwickeln können. In Übereinstimmung mit internationalen Trends werden diese drei Ebenen wie folgt beschrieben:

- Die EAPC erkennt den inhärenten Wert des gemeinsamen interdisziplinären Lernens an sowie die Tatsache, dass sich Rollen und Funktionen in der Palliativversorgung innerhalb der EU deutlich unterscheiden können.

- Die EAPC plädiert für ein dreistufiges Aus- und Weiterbildungsprogramm, in dem alle Berufsgruppen zunächst eine Grundausbildung in Palliativversorgung bekommen, die je nach Tätigkeitsschwerpunkten weiterentwickelt wird.

Tab. 1 Von der EAPC derzeit verwendete Bildungsniveauebenen, die Umfang und Arbeitsschwerpunkte der an der Palliativversorgung beteiligten Fachkräfte wiedergeben sollen.

Bildungsebene	Erläuterung
Palliative-Care-Ansatz	<ul style="list-style-type: none"> – Ein Weg, Methoden und Prozeduren der Palliativversorgung in Einrichtungen, die nicht in Palliative Care spezialisiert sind, zu integrieren. – Sollte für Hausärzte (General Practitioners) und Teams in der allgemeinen stationären Krankenversorgung (General Hospital) zugänglich gemacht werden sowie für ambulante Pflegedienste und Pflegekräfte in Pflegeeinrichtungen. – Könnte in der beruflichen Grundausbildung vermittelt werden oder im Rahmen der kontinuierlichen beruflichen Fortbildung.
Allgemeine Palliativversorgung	<ul style="list-style-type: none"> – Behandlung von lebensbedrohlich erkrankten Patienten durch Gesundheitsfachkräfte der Primär- und Allgemeinversorgung sowie Spezialisten, die gute Basisfertigkeiten und -wissen in der Palliativversorgung haben. – Sollte Gesundheitsfachkräften zugänglich gemacht werden, die häufiger an einer Palliativversorgung beteiligt sind, wie z. B. Onkologen oder geriatrische Fachkräfte, die aber die Palliativversorgung nicht als den Hauptfokus ihrer Arbeit haben. – Abhängig von der Berufsgruppe könnte dies im Rahmen der beruflichen Grundausbildung oder der postgraduierten Weiterbildung gelehrt werden oder im Rahmen der kontinuierlichen beruflichen Fort- und Weiterbildung.
Spezialisierte Palliativversorgung	<ul style="list-style-type: none"> – Beschreibt Dienste, deren Hauptaktivität die Palliativversorgung ist. – Diese Dienste versorgen generell Patienten mit komplexen und schwierigen Bedürfnissen und benötigen daher einen höheren Grad an Ausbildung, Personal und anderen Ressourcen. Spezialisierte Palliativversorgung wird durch spezialisierte Dienste bei Patienten mit komplexen Problemen durchgeführt, die nicht adäquat von anderen Behandlungsoptionen abgedeckt werden können. – Wird normalerweise auf postgraduiertem Niveau ausgebildet und durch berufliche Fort- und Weiterbildung verstärkt.

- ▶ **Palliative-Care-Ansatz**, um Methoden und Prozeduren der Palliativversorgung in allgemeine Versorgungssettings zu implementieren (z. B. allgemeine internistische Abteilungen, Altenpflegeeinrichtungen)
- ▶ **Allgemeine Palliativversorgung** für Gesundheitsfachkräfte, die häufig mit Palliativpatienten arbeiten oder in ihrem Versorgungsbereich als Ansprechpartner für Palliative Care dienen, für die Palliativversorgung aber nicht der Hauptfokus ihrer klinischen Arbeit darstellt (z. B. Gesundheitsfachkräfte in der Primär- und Allgemeinversorgung, Onkologen, Geriater sowie spezialisierte Pflegefachkräfte)
- ▶ **Spezialisierte Palliativversorgung** für Fachkräfte, die ausschließlich in der spezialisierten Palliativversorgung arbeiten und deren Hauptaktivität darin besteht, komplexe Problemsituationen zu bearbeiten, die spezialisierte Fähigkeiten und Kompetenzen erfordern

Einige Länder haben diese Ebenen übernommen und an ihre lokalen Gegebenheiten angepasst. In einigen Fällen wurden Ebenen unterteilt, um nationalen Berufsrollen und Verantwortlichkeiten in der Gesundheitsversorgung zu entsprechen. Ein gutes Beispiel ist die Schweiz (www.palliative.ch).

In **Tab. 1** bezieht sich *Undergraduate* auf einen Auszubildenden oder Studierenden, der seine Grundausbildung in einer Gesundheitsberufsgruppe erhält. *Postgraduate* bezieht sich auf einen Auszubildenden oder Studierenden, der sich in einer Berufsgruppe qualifiziert hat und nun eine Weiterbildung in Palliative Care erhält, die entweder auf einer spezialisierten Ebene stattfindet oder Teil einer Disziplin ist, in der die Palliativversorgung einen Aspekt der Arbeit darstellt (z. B. Onkologie, Gerontologie).

Kernkompetenzen in der Ausbildung der Gesundheitsberufe

Ein grundlegendes Dokument für dieses Weißbuch ist die in *The Lancet* erschienene Publikation von Frenk et al. [6] zur transformativen Ausbildung im 21. Jahrhundert. Die Autoren berichten über die Ergebnisse einer **weltweiten unabhängigen Kommission** zur Notwendigkeit der Neugestaltung beruflicher Qualifikation in den Gesundheitsberufen. Die Kommission befürwortet zum einen eine Ausbildung, die Führungsfähigkeit (Leadership) stärkt und „aufgeklärte Vermittler von Veränderungsprozessen“ („enlightened change agents“) hervorbringt. Zum anderen diskutiert sie institutionelle Zusammenarbeit, gemeinsames Lernen und Curriculumsentwicklung sowie die Notwendigkeit „das Curriculum als Lerninstrument zu organisieren, sodass das Erreichen der erforderlichen Kompetenzen zum pädagogischen Ziel wird“.

- ◉ Das Weißbuch stützt sich u. a. auf Ergebnisse einer weltweiten unabhängigen Kommission zur Notwendigkeit der Neugestaltung beruflicher Qualifikation in den Gesundheitsberufen.

In diesem Zusammenhang wurde es als nützlich erachtet, ein „Konsensus-Weißbuch“ zu erstellen, das die wichtigsten Bereiche darstellt, die allen Berufsgruppen gemein sind. Das Weißbuch schlägt vor, die gemeinsamen Kompetenzfelder als diejenigen anzusehen, die für eine qualitativ hochwertige klinische Praxis direkt relevant sind. Des Weiteren wird ein Rahmenwerk für die Entwicklung von Palliative-Care-Ausbildungsprogrammen vorgeschlagen und eine gemeinsame Basis aufgestellt, um aufzuzeigen, was für eine grundlegende Ausbildung in diesem Bereich essenziell ist. Während wir durchaus vorschlagen möchten, dass diese Kernkompetenzen die Entwicklung von Curricula beeinflussen sollen, erscheint es uns dennoch wichtig, darauf hinzuweisen, dass diese EAPC-Kompetenzen nicht per se als Instrument zur Entwicklung von Curricula verstanden werden sollten. Die Wichtigkeit eines offenen Dialoges, der es den Kollegen ermöglicht, von der Perspektive des anderen zu lernen, ist von grundlegender Bedeutung für das interdisziplinäre Lehren in Palliative Care.

Die in diesem Dokument beschriebenen **Kernkompetenzen** sollen von globaler Relevanz für alle sein, die, wie zuvor beschrieben, auf einer allgemeinen Ebene der Palliativversorgung arbeiten. Dies gilt unabhängig von ihrer Berufsgruppe. Es könnte sich als hilfreich erweisen, diese Kompetenzen in Bezug auf das „White Paper on Standards and Norms for Hospice and Palliative Care in Europe“ [3, 4] der EAPC zu lesen. Sie sind als übertragbar für alle Versorgungsbereiche von Patienten mit einer lebenslimitierenden Erkrankung gedacht, in denen eine Palliativversorgung angemessen ist. Sie zielen aber vornehmlich auf diejenigen ab, die in einem allgemeinen Versorgungssetting arbeiten [7–9].

Kernaussage

- ▶ Die 10 in diesem Konsensdokument beschriebenen Kernkompetenzen sind von essenzieller Bedeutung für die Entwicklung eines jeden Palliative-Care-Ausbildungsprogramms, das im Rahmen von Curriculumprozessen eingesetzt werden soll.
- ▶ Ein Programm, das eine dieser Kompetenzen ausschließt, wird das erforderliche Wissen, die Fertigkeiten und die Eigenschaften, die benötigt werden, um die Palliativversorgung angemessen zu verstehen und zu praktizieren, nicht aufbieten können.

Zweck des Weißbuchs



Der Zweck dieses Konsensus-Dokuments ist die Beantwortung der Frage: „Welche Kompetenzen sind in Bezug auf den klinischen Einsatz von Palliativversorgung für alle Fachkräfte wichtig, und zwar unabhängig von ihrer spezifischen Berufsgruppenzugehörigkeit?“

Das Dokument zielt darauf ab:

- ▶ Orientierung in Bezug auf die substanziellen Kompetenzen für alle Fachkräfte im Gesundheitswesen zu schaffen, die europaweit in der akademischen und/oder klinischen Ausbildung in Palliative Care tätig sind.
- ▶ Kernkompetenzen zu beschreiben, die sich besonders an Fachkräfte richten, die einen Palliative-Care-Ansatz in ihrer Arbeit verfolgen oder in der allgemeinen Palliativversorgung arbeiten.

Dadurch sollen die Lernbedürfnisse des überwiegenden Teils der in der Gesundheitsversorgung Tätigen bedient werden, die mit durch eine lebensbedrohliche Erkrankung eingeschränkten Patienten arbeiten. Angesichts der etwas verwirrenden Unterschiede in der Benennung verschiedener Ebenen innerhalb der geprüften EU-Curriculum-Dokumente (A, B, C oder 1, 2, 3 oder in einigen Fällen beide) wurden diese alphabetischen oder numerischen Indikatoren in diesem Artikel vermieden.

Eine Ressource für Praktiker und Lehrende

Das Dokument wird eine nützliche Ressource sein, z. B. für:

- ▶ Experten, die in der Lehre oder Ausbildung im Bereich der Palliativversorgung in den europäischen Staaten tätig sind,
- ▶ Interessenvertreter und Entscheidungsträger, die an der medizinischen oder pflegerischen Lehre oder in der Ausbildung anderer Fachkräfte innerhalb des Palliative-Care-Konzepts beteiligt sind,
- ▶ Experten, die im klinischen Bereich arbeiten, und im Besonderen diejenigen, die für die berufliche Fort- und Weiterbildung der Mitarbeiter verantwortlich sind.

Dieses Weißbuch beabsichtigt nicht, jene Kompetenzen abzudecken, die spezialisierte Fachkräfte im Bereich der Palliativversorgung benötigen, oder die diejenigen brauchen, die mit komple-

- ▶ Dieses Weißbuch fasst die Kernkompetenzen zusammen, die erforderlich sind, um – unabhängig von einer Berufsgruppenzugehörigkeit – auf einer allgemeinen Ebene der Palliativversorgung zu arbeiten.



den palliativmedizinischen Situationen konfrontiert sind, in denen eine spezialisierte Konsultation, (ärztliche) Beratung oder Überweisung in eine spezialisierte Einrichtung notwendig ist. Das Weißbuch setzt sich auch nicht mit den spezifischen Kompetenzfeldern ehrenamtlicher Helfer oder pflegender Familienangehöriger auseinander, die unter Umständen von Experten aus den Gesundheitsberufen angeleitet oder begleitet werden. In erster Linie wird vorausgesetzt, dass eine spezialisierte Fachkraft diese Kompetenzen kontinuierlich auf der Grundlage von Methoden, die durch eine spezialisierte Ausbildung und Training erworben wurden, anwenden kann. Zum Zweiten sind ehrenamtliche Helfer von großer Bedeutung in der Umsetzung der Palliativversorgung, haben aber andere Verantwortungsbereiche und einen anderen Bildungsbedarf als Gesundheitsfachkräfte. Zudem ist ihre Rolle in vielen Ländern noch nicht voll entwickelt und ihr Arbeitsfeld unterscheidet sich zum Teil erheblich. Dort wo Aufgabenbereiche für ehrenamtliche Helfer definiert sind und eine entsprechende Ausbildung vorhanden ist, könnten diese Kompetenzfelder ihren Bedürfnissen angepasst werden. In Bezug auf pflegende Angehörige erscheint es unangemessen, die Kompetenz mittels der im Weißbuch definierten Weise zu bewerten, dennoch ist es die Verantwortung der Gesundheitsfachkraft, die Fähigkeit des Angehörigen beurteilen, Pflegeaufgaben sowohl unter Anleitung als auch, dort wo notwendig, unter Beaufsichtigung zu übernehmen.

Darüber hinaus sind die aufgelisteten Kompetenzen nicht dazu gedacht, Best Practices Guidelines der individuellen Berufsgruppen (wie z. B. von nationalen Körperschaften definiert) zu ersetzen. Sie sollten in Übereinstimmung mit den rechtlichen und klinischen Anforderungen an die Umsetzung in den jeweiligen Europäischen Staaten gelesen und angewendet werden. Die **Anwendung einer Palliative-Care-Philosophie** in der allgemeinen klinischen Praxis sollte als integrativ und unterstützend für die existierende Patientenversorgung verstanden werden.

- Die Anwendung einer Palliative-Care-Philosophie soll die existierende Patientenversorgung in der allgemeinen klinischen Praxis unterstützen.

Palliative-Care-Philosophie anwenden

Das „EAPC White Paper Recommendations on Standard and Norms in Europe“ identifiziert wesentliche Bausteine, die ein Gerüst zur Anwendung von Prinzipien der Palliativversorgung bilden und die Werte hervorheben, die ein optimales Vorgehen (Best Practice [3, 4]) untermauern. Einige Bausteine beschreiben wichtige Fertigkeiten, Haltungen oder professionelle Ansätze, die in der Umsetzung der Palliativversorgung berücksichtigt werden sollten. Diese wesentlichen Bausteine werden normalerweise von einer Einzelperson erbracht, die mit anderen Berufsgruppen zusammenarbeitet, die ihre berufsgruppenspezifische Sichtweise dieser Bausteine anwenden, um eine bessere Patienten- und Familienbegleitung zu ermöglichen. Diese werden in der nachfolgenden Darstellung festgehalten und umrahmen die Gedankengänge hinter den vorgeschlagenen Kompetenzfeldern im Weißbuch.

Checkliste

Wesentliche Bausteine für die Palliativversorgung

Autonomie, Würde, Beziehung zwischen Patient und Gesundheitsfachkraft, Lebensqualität, Positionierung gegenüber Leben und Tod, Kommunikation, Öffentlichkeitsarbeit, multiprofessioneller Ansatz, Trauer und Trauerbegleitung

Das Verstehen der grundlegenden Bedeutung dieses Konzepts ist essenziell für die erfolgreiche Anwendung der beschriebenen 10 Kernkompetenzen.

„Kompetenz“ verstehen

Kompetenz ist ein komplex zu definierender Begriff. Konzeptuell gibt es zwei Ansätze um den Begriff zu beschreiben, der eine **definiert Kompetenz** als die Befähigung, eine Aufgabe zu erfüllen. Der zweite Ansatz beschreibt Kompetenz im Rahmen eines weiter gefassten Konzepts, das verschiedene Dimensionen berücksichtigt, die benötigt werden, um einerseits eine Leistung zu erbringen als auch andererseits die Leistung als solche zu beschreiben. In diesem zweiten Ansatz kann ein reproduzierbares und messbares Set von Eigenschaften (Wissen, Fertigkeiten und Verhalten) in angemessener Weise erwartet werden, nachdem ein Experte einen vorgeschriebenen Kurs mit theoretischen und klinischen Bildungsinhalten absolviert hat [10]. Obwohl eine bedeutende Anzahl von Definitionen von Kompetenz [11] vorliegt, gibt es eine Anzahl von **Schlüsselfragen** die vorab gestellt werden müssen, bevor Kompetenz Anwendung findet. Einige sind nachfolgend festgehalten.

- Eine mögliche Definition von Kompetenz lautet: die Befähigung, eine Aufgabe zu erfüllen.
- Bevor Kompetenz Anwendung finden kann, müssen einige Schlüsselfragen gestellt und beachtet werden.

Checkliste**Schlüsselfragen in Bezug auf Kompetenz in Palliative Care**

- ▶ Was ist der derzeitige Stellenwert von Palliative Care im nationalen Gesundheitssystem?
- ▶ Welche Leistungsfähigkeit steht dem Einzelnen zur Verfügung, um Kompetenz in der Palliativversorgung zu erlangen?
- ▶ Welche Ressourcen stehen dem Einzelnen zum Lernen und Üben von Fertigkeiten zur Verfügung?
- ▶ Sind grundlegende Standards verfügbar, anhand derer Kompetenzen festgelegt werden können?

Angesichts der Vielfalt in der Palliativversorgung in Europa und der Notwendigkeit, eine klare und sinnvolle Definition von Kompetenz für dieses Dokument darzustellen, schlagen wir die nachfolgende Definition von Parry [12] vor. Diese stellt die kohäsivste und am leichtesten über nationale Vorgaben hinweg übertragbare Definition dar (s. Infobox 3). Eine umfangreichere Beschreibung des Begriffs Kompetenz von Stoof et al. [11] beinhaltet die Notwendigkeit kritischen Denkens, die Fähigkeit zur Problemlösung, die Einschätzung von Ergebnissen und die Vorausplanung sowie den Einsatz von Urteilsvermögen und Lebenserfahrung, um Interventionen zu entwerfen und die Evaluation von Versorgung vorzunehmen.

Keine der genannten Aspekte schließen sich gegenseitig aus und sollten als ineinandergreifend in der individuellen Kompetenzentwicklung verstanden werden. Die Kernfrage für die, die an der Ausbildung und Lehre beteiligt sind, sollte wie folgt lauten: „Was sind meine Erwartungen an die Lernenden, die an diesem **Ausbildungsprogramm** teilnehmen, und wie gut sind sie gerüstet, um die Aufgaben auszuführen, die von ihnen erwartet werden?“

Definition**Kompetenz (1996)**

„Eine Kompetenz ist ein Cluster von zueinander in Beziehung stehendem Wissen, Fertigkeiten und Haltungen, die einen überwiegenden Teil des Berufs einer Person beeinflussen (eine Rolle oder Verantwortlichkeit), das mit Leistungserfüllung im Beruf korreliert, das messbar ist auf der Grundlage allgemein anerkannter Standards und das anhand von Training und Entwicklung verbessert werden kann.“

Kernkompetenzen verstehen

Palliativversorgung ist ein durch die Natur dieser Arbeit auf Zusammenarbeit angelegtes Konzept. Lebensbedrohlich erkrankte Patienten und ihre An- und Zugehörigen zeigen eine Vielzahl von Bedürfnissen in Bezug auf Palliative Care. Gemeinschaftliches Zusammenarbeiten verschiedener Professionen ist ein etablierter Versorgungsstandard, um diesen Bedürfnissen zu begegnen. Dies wird deutlich durch die WHO-Definition (2002) von Palliative Care [5] aufgezeigt, die in Europa allgemein als Goldstandard anerkannt wird. Es konnte gezeigt werden, dass das Zusammenspiel und der Einbezug der spezifischen Fähigkeiten verschiedener Berufsgruppen für die Patienten und ihre An- und Zugehörigen zu einer besseren Palliativversorgung [1] führten. Wie diese multidisziplinären Teams sich in den jeweiligen europäischen Ländern entwickelt haben, spiegelt die Vielfalt in den Entwicklungsniveaus der Palliativversorgung wider.

Das britische Modell eines großen interdisziplinären Teams von Praktikern (Arzt, Krankenschwester, Sozialarbeiter, Psychologe, Seelsorger, Physiotherapeut, Ergotherapeut, ergänzende und unterstützende Therapeuten) kann inspirierend sein, muss aber nicht allein ausschlaggebend für die Umsetzung einer guten Palliativversorgung sein. Die Rolle von einer Disziplin in einem bestimmten Land kann in einem anderen Land in die Zuständigkeit einer anderen Disziplin fallen. Zum Beispiel kann emotionale Unterstützung in einem Land zum Arbeitsfeld von Psychologen gehören, in einem anderen Land ist dies die Rolle der Sozialarbeiter, je nach ihrer Ausbildung und Rollenfunktion. Kern für eine gute Zusammenarbeit ist die Fähigkeit, Grenzen der Praxis zu verstehen und zu respektieren. Dazu gehört auch zu wissen, wann und wie man kompetente Beratung und Intervention bei Bedarf einbeziehen kann. Um eine qualitativ hochwertige Versorgung für den Patienten und dessen An- und Zugehörige zu leisten, ist das Sicherstellen eines sinnvollen Kommunikationsflusses relevanter Informationen durch das Team notwendig. Eine der Herausforderungen **kollaborativen Arbeitens** ist es, eine gemeinsame Philosophie der Umsetzung und gemeinsame Ziele zu teilen.

- ▶ Kernfragen zu Ausbildungsprogrammen sollten lauten: Was wird von den Teilnehmern erwartet und wie gut sind sie für diese Aufgaben gerüstet?

- ▶ Eine gemeinsame Philosophie der Umsetzung und gemeinsame Ziele zu haben, gehört zu den Herausforderungen des Arbeitens im Team.

- Definierte Kernkompetenzen helfen, die Palliativversorgung von verwandten klinischen Bereichen abzugrenzen und sie dadurch zu stärken.

Kernkompetenzen beschreiben

Der EAPC-Atlas der Palliative Care in Europa [2] zeigte eine Vielzahl von unterschiedlichen Entwicklungen der Palliativversorgung in den verschiedenen europäischen Ländern auf, die teilweise durch unterschiedliche Interpretation der zugrunde liegenden Konzepte in Europa entstanden sind. Daraufaufgehend lieferte das EAPC-Weißbuch Standards und Richtlinien für Hospiz- und Palliativversorgung in Europa [3, 4] einen Konsens über grundlegende Begriffe und über Standards in Palliative Care. Für die Aus- und Weiterbildung in der Palliativversorgung kann ebenso argumentiert werden, dass unterschiedliche Modelle in den verschiedenen Ländern benutzt werden, die die verschiedenen Ebenen der Anerkennung der Palliative Care als eigenständige klinische Praxis reflektieren.

Die aus diesem Weißbuch resultierenden Kernkompetenzen sollten als ein Mittel zum Teilen einer gemeinsamen Sprache für die Palliative-Care-Praxis und -Ausbildung in Europa verstanden werden. Unter der Wahrung von Grenzen, Rollen und Verantwortlichkeiten für bestimmte Disziplinen wird eingeräumt, dass einige Aspekte von Kompetenzen in der Praxis über einzelne Disziplinen hinausgehen. Diese Aspekte werden von jedem Praktiker, der im Bereich der Palliativversorgung tätig ist, unabhängig von seinem Berufsfeld und seiner Rolle, erwartet. Das Vorliegen von Kernkompetenzen hat das Potenzial, den Einfluss der **Palliativversorgung zu stärken**, indem es ein Rahmenwerk repräsentiert, das Palliativversorgung von anderen verwandten Bereichen der klinischen Versorgung wie Onkologie, Gerontologie, Neurologie oder Innere Medizin abgrenzt. Dies bedeutet nicht, dass die vorgeschlagenen Kernkompetenzen nicht auch in anderen klinischen Bereichen Bedeutung haben, sondern vielmehr, dass eine Fachperson in der Palliativversorgung in der Lage sein muss, sie umzusetzen.

Entwicklung der EAPC-Kernkompetenzen

Der Prozess der Entwicklung dieser Kompetenzen wurde ursprünglich von den oben genannten Autoren vorgenommen.

In **Schritt 1** wurden bestehende Lehrpläne (sowohl diejenigen, die derzeit von der EAPC angeboten werden, als auch jene, die in EU-Mitgliedsstaaten zur Verfügung stehen oder genutzt werden) verarbeitet und einem Vergleich unterzogen, der Ähnlichkeiten und Differenzen in Bezug auf verwendete Sprache für Rollen und Funktionen, die spezifische Professionen übersteigen, überprüft. Zum Beispiel wurde Punkt 2 der vorgeschlagenen Kompetenzen („Das körperliche Wohlbefinden während des Krankheitsverlaufes fördern“) aus einem aktuellen Satz von beruflichen Kompetenzen entnommen, der in Irland entwickelt wurde. Dies wurde von einer Reihe von Berufsgruppen aus der Patientenversorgung im Sinne eines globalen Ansatzes als angemessener erachtet, als „Symptom-Management in der Palliative Care“, was für Ärzte und Pflegepersonal sinnvoll, für andere Berufsgruppen aber möglicherweise weniger zutreffend sein könnte. Diese Elemente bildeten dann die Grundlage für die vorgeschlagenen interdisziplinären Kernkompetenzen.

In **Schritt 2** wurde der Kompetenzentwurf einer interdisziplinären Gruppe von Experten mit sowohl akademischem als auch klinischem Hintergrund geschickt, mit der Bitte, die vorgeschlagenen Kompetenzen zu bewerten, zu kommentieren und zu überarbeiten. Der bearbeitete Entwurf wurde dann dem EAPC-Vorstand zur endgültigen Genehmigung vorgelegt. Obwohl die Reihenfolge der Kompetenzen, in der sie hier aufgeführt sind, nicht beabsichtigt chronologisch ist, besteht Einigkeit darüber, dass ein Verständnis der Grundprinzipien von Palliative Care als Grundlage dient, auf der andere Kompetenzen entwickelt werden können. Die Grundprinzipien werden daher als Erstes präsentiert.

Die 10 interdisziplinären Kernkompetenzen in der Palliativversorgung

Für jede Kernkompetenz (☛ Tab. 2) wird nachfolgend eine kurze Beschreibung der zugrunde liegenden Argumentation angegeben. Die wesentlichen Bestandteile der Kompetenzen sind entsprechend unterteilt. Zugegebenermaßen können diese grundlegenden Bestandteile für mehr als eine Kompetenz relevant sein, jedoch wurden sie zugunsten einer besseren Übersichtlichkeit dort platziert, wo ihr Einfluss am wahrscheinlichsten ist.

1. Die Kernbestandteile der Palliativversorgung im Setting, in dem Patient und An- und Zugehörige leben, anwenden

Die Palliativversorgung sollte an dem Ort angeboten werden, den der Patient und/oder die An- und Zugehörigen gewählt haben, wenn nötig angepasst an die Umgebung. Dort, wo dies nicht möglich ist, sollte eine Beratung über mögliche Alternativen stattfinden. Eine Palliativversorgung wird überwiegend in der allgemeinen, nicht spezialisierten Versorgung durchgeführt. An-



Tab. 2 Die 10 interdisziplinären Kernkompetenzen in der Palliativversorgung.**Die 10 interdisziplinären Kernkompetenzen in der Palliativversorgung**

1. Die Kernbestandteile der Palliativversorgung im Setting, in dem Patient und An- und Zugehörige leben, anwenden.
2. Das körperliche Wohlbefinden während des Krankheitsverlaufs fördern.
3. Den psychologischen Bedürfnissen des Patienten gerecht werden.
4. Den sozialen Bedürfnissen des Patienten gerecht werden.
5. Den spirituellen Bedürfnissen des Patienten gerecht werden.
6. Auf die Bedürfnisse der pflegenden An- und Zugehörigen des Patienten in Bezug auf kurz-, mittel- und langfristige Versorgungsziele reagieren.
7. Auf die Herausforderungen von klinischer und ethischer Entscheidungsfindung in der Palliativversorgung reagieren.
8. Umfassende Versorgungskoordination und interdisziplinäre Teamarbeit umsetzen, durch alle Settings hindurch, in denen Palliative Care angeboten wird.
9. Angemessene interpersonelle und kommunikative Fertigkeiten in Bezug auf Palliative Care entwickeln.
10. Selbstwahrnehmung üben und kontinuierliche professionelle Weiterbildung praktizieren.

passung ist der Schlüssel zur erfolgreichen Integration der Prinzipien der Palliativversorgung; allerdings sollte diese Anpassung aufseiten des Fachpersonals stattfinden, sodass der Patient und seine An- und Zugehörigen keine signifikanten Veränderungen ihrer Lebensumstände vornehmen müssen.

Fachpersonen in der Palliativversorgung sollen zu Folgendem in der Lage sein:

1a: Die Sinnbedeutung einer lebenslimitierenden und lebensbedrohlichen Erkrankung verstehen.

1b: Die Prinzipien von Palliative Care anwenden, welche das Leben bejahen und ein Unterstützungssystem anbieten, welches es ermöglicht, solange wie möglich aktiv bis zum Tode zu leben, wobei die Lebensqualität und die Hilfe für die An- und Zugehörigen während der Erkrankung im Fokus stehen.

1c: Den Stellenwert der körperlichen, psychischen, sozialen und spirituellen Aspekte verstehen, die Menschen mit lebenslimitierenden Krankheitszuständen und ihre An- und Zugehörigen in einem Kontinuum von Pflege bis zur Trauerbegleitung beeinflussen.

1d: Die Werte, Überzeugungen und Kultur des Patienten und seiner An- und Zugehörigen erkennen.

1e: Die Fähigkeit zeigen, eine Palliativversorgung so früh wie möglich einzubringen.

1f: Den Bedarf an angemessener umfassender Versorgung in der Sterbephase bei dem Patienten und den An- und Zugehörigen erkennen und diese anbieten.

2. Das körperliche Wohlbefinden während des Krankheitsverlaufs fördern

Verbesserung des körperlichen Wohlbefindens ist ein wesentlicher Bestandteil der Lebensqualität für einen lebensbedrohlich erkrankten Menschen und seine An- und Zugehörigen. Ein maßgeschneiderter Versorgungsplan soll Antizipation, Beurteilung und Behandlung sowie Neubewertung der körperlichen Symptombelastung während des Krankheitsverlaufs beinhalten.

Fachpersonen in der Palliativversorgung sollen zu Folgendem in der Lage sein:

2a: Eine klinische Arbeit praktizieren, die das Vorbeugen von Leiden fördert, unabhängig vom Erfahrungshintergrund der Fachperson.

2b: Die Fähigkeit zeigen, das Wohlbefinden, die Lebensqualität und die Würde des Patienten aktiv zu unterstützen.

2c: Implementierung von routinemäßiger Beurteilung von körperlichen Symptomen und Wohlbefinden in der klinischen Arbeit.

2d: Antizipieren von potenziellen Komplikationen sowie Ursachen von Leid, die Komplikationen verstärken könnten, und Erstellen eines reaktionsfähigen Versorgungsplans.

2e: Anbieten einer bestmöglichen Versorgung am Lebensende, unabhängig vom Setting.

3. Den psychologischen Bedürfnissen des Patienten gerecht werden

Alle Fachkräfte benötigen ein Verständnis für die psychologischen Bedürfnisse des Patienten und sollten in der Lage sein, eine unterstützende Intervention, die ihrer Disziplin und ihren Fähigkeiten angemessen ist, anzubieten. Gute psychologische Betreuung erfordert solide Fertigkeiten in der Fallbewertung, sensible Befragungstechniken und klinisches Urteilsvermögen (z. B. wann ein Patient eine Überweisung zu einem psychologischen Dienst für eine Behandlung benötigt, die über den Aufgabenbereich der jeweiligen Fachperson hinausgeht). Es wird anerkannt, dass nicht alle Patienten und An- und Zugehörigen eine formelle Beratungsintervention benötigen. Gute kommunikative Fähigkeiten sind unerlässlich, um psychologischen Bedürfnissen ge-



recht werden zu können. Die Fähigkeit zu wissen, wann und an wen zu überweisen ist, ist wesentlich.

Fachpersonen in der Palliativversorgung sollen zu Folgendem in der Lage sein:

3a: Die Gefühle des Patienten anerkennen und den Patienten einfühlsam unterstützen.

3b: Bewältigungsstrategien des Patienten unterstützen.

3c: Eine Diagnose stellen, einen Versorgungsplan festlegen und, wenn angemessen, Interventionen systematisch und fachgerecht anwenden. Eine fortlaufende Evaluation der psychischen und psychiatrischen Symptome, die vom Patienten erlebt werden, sicherstellen. Dies geschieht unter Berücksichtigung der Prognose, persönlicher Wünsche und der Umgebung, in der der Patient lebt.

4. Den sozialen Bedürfnissen des Patienten gerecht werden

Eine lebenslimitierende Erkrankung beeinflusst die zwischenmenschlichen Beziehungen des Patienten und der An- und Zugehörigen und erfordert zusätzliche Ressourcen (intern und extern), um eine gute Lebensqualität aufrechterhalten zu können. Sorgen in Bezug auf Beziehungen, Finanzen, Wohnung und persönliche Angelegenheiten können eine Herausforderung für die Fachperson in ihrem Versuch einer optimalen Versorgung im klinischen Setting darstellen. Zu verstehen, wann und wie eine Überweisung zu einem Spezialisten erfolgen soll, ist auch hier essenziell.

Fachpersonen in der Palliativversorgung sollen zu Folgendem in der Lage sein:

4a: Den sozialen Kontext des Patienten und seiner An- und Zugehörigen mit seinen Auswirkungen auf die Palliativversorgung anerkennen.

4b: Dem Patienten Informationen über verfügbare Leistungen und Ansprüche gemäß der Sozial- und Gesundheitsversorgung zur Verfügung stellen.

4c: Den Patienten befähigen, persönliche Dinge nach Bedarf zu bewältigen.

5. Den spirituellen und existenziellen Bedürfnissen des Patienten gerecht werden

Eine lebenslimitierende Erkrankung kann Fragen über tiefergehende existenzielle Fragen, wie z. B. nach dem Sinn des Lebens, hervorrufen. Seelsorge sollte integraler Bestandteil der Palliativversorgung sein, und sie kann durch eine religiöse Praxis angesprochen werden oder nicht. Die Möglichkeit, diese Fragen in einem unterstützenden und fürsorglichen Umfeld zu erörtern, kann helfen und kann von einer bereitwilligen Gesundheitsfachkraft unterstützt werden. Gesundheitsfachkräfte sollten fähig sein, spirituelle Themen mit Patienten und Familien zu besprechen. Wenn gewünscht, können der Patient und seine An- und Zugehörigen von einer Weiterleitung an einen entsprechenden spirituellen Berater profitieren.

Fachpersonen in der Palliativversorgung sollen zu Folgendem in der Lage sein:

5a: Die Fähigkeit zur Reflexion der Wichtigkeit spiritueller und existenzieller Dimensionen im eigenen Leben demonstrieren.

5b: Die spirituellen, existenziellen und religiösen Bedürfnisse des Patienten und seiner An- und Zugehörigen in den Versorgungsplan integrieren. Respektieren, wenn der Patient und die An- und Zugehörigen sich nicht auf diese Aspekte der Versorgung fokussieren möchten.

5c: Patienten und An- und Zugehörige in einer unterstützenden und respektvollen Weise ermöglichen, spirituelle und/oder existenzielle Dimensionen ihres Lebens auszudrücken.

5d: Sich den zu respektierenden Grenzen in Bezug auf kulturelle Verbote, Werte und Wahlmöglichkeiten bewusst sein.

6. Auf die Bedürfnisse der pflegenden An- und Zugehörigen des Patienten in Bezug auf kurz-, mittel- und langfristige Versorgungsziele reagieren

Die Versorgung der Patienten umfasst auch pflegende Angehörige. Die lokale Umgebung, das Gesundheitssystem, in dem ihr kranker Angehöriger gepflegt wird, und selbstverständlich auch die neuen Beziehungen mit den Gesundheitsfachpersonen, die jetzt Teil ihres Lebens werden, müssen berücksichtigt werden. Pflegende Angehörige sind oft Bindeglied zwischen Patient und Fachleuten. Es ist daher wichtig, dass die Rolle von pflegenden Angehörigen unterstützt und verbessert wird. Die Herausforderung in der Pflege und potenzielle Konflikte, die entstehen können, sollten erkannt und angemessen angegangen werden. Dies kann auch eine Überweisung an spezialisierte Fachpersonen beinhalten. Die Begleitung sollte sich bis auf die frühe Trauerphase ausweiten. Die Fähigkeit, bei Bedarf Expertenrat einzuholen, ist dabei essenziell.

Fachpersonen in der Palliativversorgung sollen zu Folgendem in der Lage sein:

6a: Aufgabenbereiche von pflegenden Angehörigen anerkennen und unterstützen und diejenigen identifizieren, die ein Risiko für Belastung oder übermäßiges Leid haben.

6b: Entscheidungen pflegender Angehöriger in Bezug auf bezahlte Beschäftigung und die Bedeutung, diese ggf. aufzugeben, anerkennen.



6c: Andere Aufgaben von und Anforderungen an pflegende Angehörige (z. B. Eltern, Kinder oder Pflege von anderen) anerkennen.

6d: Psychologische und emotionale Unterstützung für pflegende Angehörige anbieten. Dies erfolgt unabhängig von den Angeboten für den Patienten.

6e: Die Fähigkeit pflegender Angehöriger fördern, mit den verschiedenen Gesundheitsfachkräften während des Krankheitsverlaufs zu interagieren.

6f: Strategien innerhalb des versorgenden Teams entwickeln, um mit Familienkonflikten umzugehen.

6g: Kurzfristige Trauerbegleitung anbieten, wenn diese als angemessen erkannt wird.

6h: Komplizierte Trauer identifizieren und Überweisung an eine geeignete Stelle veranlassen.

7. Auf die Herausforderungen von klinischer und ethischer Entscheidungsfindung in der Palliativversorgung reagieren

Gesundheitsfachkräfte sehen sich in ihrem Ansatz einer umfassenden Palliativversorgung anspruchsvollen ethischen und moralischen Dilemmata ausgesetzt. Dazu gehören z. B. Fragen rund um Flüssigkeitszufuhr und Ernährung, Sedierung sowie Anfragen nach Sterbehilfe und ärztlicher Beihilfe zum Suizid. Viele der Fähigkeiten, mit diesen Problemen umzugehen, sind in der Berufsausbildung erlernt worden. Im Kontext der Palliativversorgung ist es wichtig, diese Fähigkeiten nun anwenden zu können. Allerdings benötigen bestimmte Bereiche der Praxis (z. B. die Durchführung einer palliativen Sedierung, wie in den EAPC-Empfehlungen vorgeschlagen) zusätzliches Wissen und Training. Es ist die Verantwortung eines jeden praktisch Tätigen sicherzustellen, die notwendige Kompetenz zu erlangen, um ethische Herausforderungen, die sich durch aktuelle Praktiken der Palliativversorgung ergeben, zu erkennen. Ebenso sollten alle Praktiker ein fundiertes Wissen und Verständnis des eigenen Berufskodexes haben und wissen, wie dieser sich auf die Umsetzung der Palliativversorgung bezieht und auswirkt. Die EAPC bietet derzeit eine Reihe von Positionspapieren und Weißbüchern zu diesen schwierigen Fragen an, die bei der Beurteilung komplexer ethischer Situationen in der Praxis als Hilfen zur Verfügung stehen.

Fachpersonen in der Palliativversorgung sollen zu Folgendem in der Lage sein:

7a: Handlungen basieren auf bioethischen Grundsätzen, nationalen und internationalen rechtlichen Rahmenbedingungen und den Wünschen und Werten des Patienten.

7b: Die Autonomie des Patienten stärken, im Gleichgewicht mit anderen ethischen Prinzipien wie Benefizienz (Gutes tun), Non-Malefizenz (nicht schaden) und Gerechtigkeit.

7c: Den Patienten unterstützen, seine Präferenzen und Wünsche in Bezug auf seine Versorgung und Behandlung während seines Krankheitsverlaufs auszudrücken.

7d: Patienten, An- und Zugehörigen und Betreuenden ermöglichen, sich als Teil des Entscheidungsprozesses zu erleben.

7e: Sich bewusst sein, dass die am ehesten angemessene ethische Versorgung nicht in jedem Fall den Präferenzen und Wünschen des Patienten entspricht.

8. Umfassende Versorgungskoordination und interdisziplinäre Teamarbeit durch alle Settings hindurch, in denen Palliativversorgung angeboten wird, umsetzen

Um die Kontinuität der Versorgung des Patienten in Übergängen zwischen verschiedenen klinischen Dienstleistungen und Versorgungsorten zu gewährleisten, ist es notwendig, sicherzustellen, dass es einen klar dokumentierten Behandlungspfad gibt, der die spezifischen Rollen und Funktionen der Teammitglieder sowie die Schlüsselverantwortung für die Koordination der Versorgung aufzeigt und den tatsächlichen und/oder potenziellen Beitrag anderer in der Versorgung des Patienten und der An- und Zugehörigen respektiert. Wir erkennen die wichtige Rolle an, die Ehrenamtliche in der Unterstützung der Koordinierung der Versorgung einnehmen. Interdisziplinäres Lernen trägt auch zu einem tieferen Verständnis dieser Aufgaben, Rollen und Funktionen bei.

Fachpersonen in der Palliativversorgung sollen zu Folgendem in der Lage sein:

8a: Die notwendige Unterstützung bei Übergängen des Patienten in verschiedene Versorgungsbereiche bereitstellen.

8b: Die interprofessionelle Teamarbeit fördern.

8c: Fähig sein, die Zuständigkeiten der verschiedenen Teammitglieder in der Planung und Umsetzung der Palliativversorgung des Patienten und der An- und Zugehörigen zu identifizieren.

8d: Die Rolle von Ehrenamtlichen, wo angemessen, in der palliativen Versorgung der Patienten und An- und Zugehörigen stärken.

8e: Den Patienten und pflegenden Angehörigen das am besten geeignete Modell der Versorgung in Bezug auf ihre aktuellen Bedürfnisse anbieten.

9. Angemessene interpersonelle und kommunikative Fertigkeiten in Bezug auf die Palliativversorgung entwickeln

Eine effektive Kommunikation ist essenziell für die Anwendung der Prinzipien der Palliativversorgung und deren Umsetzung. Sie ist besonders wichtig, wenn schwierige Nachrichten überbracht werden müssen, wenn schwierige Entscheidungen in Bezug auf Therapiefortsetzung und oder -abbruch getroffen werden müssen, wo Umstände unklar und ungewiss sind oder starke Emotionen und Belastung entstehen.

Fachpersonen in der Palliativversorgung sollen zu Folgendem in der Lage sein:

9a: Eine therapeutische Beziehung mit dem Patienten und den pflegenden Angehörigen aufbauen zu können.

9b: Fördern einer intensiveren Kommunikation im Team und mit anderen Berufsgruppen.

9c: Geeignete Methoden wählen, um unter Berücksichtigung von Alter, Wünschen und intellektuellen Fähigkeiten mit dem Patienten und den pflegenden Angehörigen zu interagieren. Verifizieren, dass getroffene Entscheidungen verstanden worden sind.

9d: Die verschiedenen Kommunikationsarten des Patienten und/oder der An- und Zugehörigen angemessen interpretieren (z. B. verbal, nonverbal, formell und informell).

9e: Richtlinien für das Überbringen schwieriger Nachrichten benutzen, wenn diese verfügbar sind.

9f: Die Sprache anpassen in Bezug auf die verschiedenen Phasen einer Erkrankung, kultursensibel und unter Vermeidung eines medizinischen Jargons.

9g: Die fundierten Entscheidungen von Personen in Bezug auf Informationen, die sie erhalten und mit ihrer Familie teilen möchten, unterstützen.

9h: Die Geschwindigkeit von Informationsvermittlung den Präferenzen und kognitiven Fähigkeiten des Patienten und der pflegenden Angehörigen anpassen.

10. Selbstwahrnehmung üben und kontinuierlich professionelle Weiterbildung praktizieren

Berufliche Weiterbildung ist ein integraler Bestandteil der klinischen Praxis, deren Anforderungen in der Regel von einer professionellen Disziplin definiert werden. Chancen zum Lernen sollten genutzt werden, wo immer sie verfügbar sind. Dieses Lernen beinhaltet die Selbstreflexion, beispielsweise um eine sichere Praxis zu entwickeln, um die Grenzen der eigenen Fähigkeiten und Fertigkeiten zu verstehen und um zu wissen, wann eine Überweisung zur Hilfe oder Anleitung für den Patienten und seine An- und Zugehörigen im besten Interesse ist. Die Auswirkungen der Betreuung von Menschen mit lebensbedrohlichen Erkrankungen auf die Fachkraft sollten anerkannt werden. Es sollten Wege identifiziert werden, um die Resilienz/Widerstandsfähigkeit zu stärken und das Risiko von Burnout zu vermindern. Dies kann durch strukturierte oder informelle Peer-Supervisionsstrategien geschehen.

Fachpersonen in der Palliativversorgung sollen zu Folgendem in der Lage sein:

10a: Sich in lebenslanger Fortbildungsaktivität engagieren, um die eigenen professionellen Kompetenzen zu erhalten und zu entwickeln.

10b: Sich in Selbstwahrnehmung üben, sich eigener Stärken und Schwächen, moralischer und spiritueller Überzeugungen bewusst sein.

10c: Frühzeitige Zeichen von Burnout erkennen und geeignete Hilfe suchen.

10d: Sich als Ressource für andere im Team zur Verfügung stellen.

10e: Sich die Bedürfnisse von belasteten Kollegen bewusst machen, die sich der Auswirkungen ihrer Belastung auf sich selbst und auf diejenigen, für die sie Sorge tragen, nicht bewusst sind.

Gewünschte Ergebnisse und Verhalten



Das Hauptergebnis der Implementierung dieser Kompetenzen soll eine verbesserte Erfahrung für Patienten und ihre An- und Zugehörigen sein. In Bezug auf das Verhalten ist das **Ziel**, eine Steigerung des Selbstvertrauens von Gesundheitsfachkräften in diesem Bereich zu erlangen, so dass der Bedarf an Palliativversorgung frühzeitig identifiziert und angemessen bedient werden kann und dass die Grenzen der eigenen Leistungsfähigkeit und ggf. die Notwendigkeit für externe Hilfe erkannt werden. Die zukünftige Entwicklung sollte beinhalten, dass Ergebnisse und Verhaltensweisen anhand dieser Kernkompetenzen auch klar innerhalb der berufsspezifischen Anforderungen reflektiert werden. Beispielsweise könnten nationale Aufsichtsbehörden, die für die Regelung der klinischen Praxis der einzelnen Berufsgruppen (Medizin, Pflege, Sozialarbeit etc.) zuständig sind, diese erforderlichen Kompetenzen innerhalb von professionellen Standards abbilden.

- ◉ Mithilfe der Kernkompetenzen sollen Gesundheitsfachkräfte den Bedarf an Palliativversorgung frühzeitig erkennen und angemessen bedienen können sowie ihre eigenen Grenzen dabei kennen.

Wie kann interdisziplinäres Lernen in der Palliativversorgung unterstützt werden?



Die Kernbestandteile der Qualität in der Palliative-Care-Ausbildung wurden durch die verschiedenen Publikationen der EAPC beschrieben, die bis heute den Bedürfnissen der spezifischen Disziplinen entsprechen. Viele dieser Bestandteile gelten jedoch auch für Programme, die entwickelt wurden, um interdisziplinäre Lernbedürfnisse abzudecken. Obwohl die Evidenz und Evaluation **interdisziplinären Lernens** relativ spärlich sind [13] und die Entwicklung solcher Lehrpläne herausfordernd ist, ist der Nutzen in Bezug auf Rolle, Wertschätzung und Wissensakkumulation überzeugend. Grundsätzlich wird jedoch anerkannt, dass interdisziplinäres Lernen, wenn auch von Vorteil, möglicherweise nicht für die Allgemeinversorgung erreichbar sein wird und die Integration von Prinzipien der Palliativversorgung in die Kernlehrpläne der jeweiligen einzelnen Fachdisziplinen vorteilhafter wäre.

Auf der spezialisierten Fachebene haben aber interdisziplinäres Lernen und Modelle, die gemeinsames und fachspezifisches Lernen [14, 15] beinhalten, Vorteile. Obwohl diese Liste nicht vollständig ist, würden wir raten, dass Folgendes in jedem Ausbildungsprogramm, das geteilte Lerninhalte verschiedener Berufsgruppen beinhaltet, reflektiert werden sollte.

1. Befürworten Sie den Einsatz geeigneter Lehrmethoden und -konzepte der (Erwachsenen-)Bildung, wenn nötig einschließlich disziplinspezifischen Lernens

Alle Fachkräfte sollten die **Grundsätze guter Kommunikation** lernen. Ebenso sollten alle Fachkräfte die Grundsätze eines guten Symptommanagements lernen, aber für Ärzte und Pflegefachkräfte könnte weiteres detailliertes Lernen in diesem Bereich [16–18] erforderlich sein. Ähnlich könnten Sozialarbeiter und Psychologen fortgeschrittene Fähigkeiten benötigen, um auf spezifische Bedürfnisse von An- und Zugehörigen, insbesondere pflegender Angehöriger [19], zu reagieren.

2. Setzen Sie ein interdisziplinäres Team von Lehrenden (sowohl Kliniker als auch Wissenschaftler) für die Durchführung des Ausbildungsprogramms ein

Gemeinsamer Unterricht von **Gesundheitsfachkräften mit unterschiedlichen Hintergründen** kann Kernkompetenzen, die in der Erbringung von Gesundheitsleistungen benötigt werden, wie Verhandlungen, Klärung, Präzisierung, Kontexteinstellung und Evaluationsfertigkeiten demonstrieren. Die Verwendung der realen Arbeitswelt aus der klinischen Praxis und die Miteinbeziehung von Praktikern in die Planung, Umsetzung und Auswertung eines akademischen Programms stärken den inneren Gehalt des Programms. Palliative Care zu lehren bedeutet ebenso persönliche Haltungen, Überzeugungen und Verhaltensweisen zu reflektieren wie die Verbesserung von Fertigkeiten und Kenntnissen [20, 21].

3. Berücksichtigen Sie die Möglichkeiten, die moderne Lerntechnologien bieten

Es ist ratsam, dass die Weiterbildung auf verschiedenen Modalitäten des Lernens [2] basiert. Es gibt Hinweise, dass die Verwendung von digitalem und medialem Lernen das Verständnis und die Umsetzung von der Theorie hin zur Praxis der Palliativversorgung verbessern kann [22–24]. E-Learning ermöglicht den Lernenden, in ihrem eigenen Tempo zu lernen und eine Reihe von Lernressourcen, die sonst im Unterrichtsetting [25] nicht verfügbar wären, zu nutzen. Allerdings sollte der Einsatz von Online-Lernen in der Palliativversorgung gegenüber der Notwendigkeit, Fähigkeiten zu üben, abgewogen werden. Dies trifft insbesondere in Bezug auf sensible Kommunikation und interprofessionelle Interaktion zu.

Ferner erkennt die EAPC an, dass der Zugang zu E-Learning in der EU erheblich variieren kann. Sie möchte ermutigen, **gemeinsame Lernmöglichkeiten** zwischen einzelnen Ländern zu nutzen, um die Entwicklungen der Lehre in der Palliativversorgung zu unterstützen. Ein „Blended-Learning“-Ansatz, bei dem bestimmte Aspekte des Programms in einem Klassenraumkontext gelehrt werden, kann von besonderem Nutzen sein. Dies unterstützt auch die Kameradschaft beim Lernen, die vorteilhaft für das Kennenlernen der verschiedenen Weltanschauungen der anderen Berufskollegen sein kann. Ferner kann eine informelle Diskussion zwischen Lernenden außerhalb des Klassenzimmers oder Online-Programms ebenso hilfreich in Bezug auf das Lernen sein.

4. Klinische Einsätze/Praktika sollten gefördert werden

In der Lage zu sein, Theorie mit Praxis zu verknüpfen, ist in allen klinischen Lernprogrammen [26] wesentlich. Lehrende sollten die in einer sicheren und unterstützenden Lernumgebung theoretisch erlernten Fertigkeiten verfeinern und verbessern können. Dies fördert die Selbstreflexion und kritisches Denken. Klinisch-praktische Einsätze geben den Lernenden Zeit, eigene

- Der Nutzen interdisziplinären Lernens für die Praxis ist überzeugend, auch wenn Evidenz und Evaluation hierzu eher spärlich sind.
- Die Grundsätze guter Kommunikation sollen von allen Fachkräften beherrscht werden.
- Ein interdisziplinäres Team von Lehrkräften wirkt sich positiv auf die Vermittlung von Kernkompetenzen aus.
- Die EU-Länder sollten gemeinsame Lernmöglichkeiten nutzen, um die Entwicklungen der Lehre in der Palliativversorgung zu unterstützen.



- ◉ Lernen von anderen Versorgungsbereichen hilft, die Qualität der eigenen Arbeit besser einzuschätzen und zu optimieren.

- ◉ Die in diesem Weißbuch erläuterten Kompetenzen sollen die Kenntnisse von Gesundheitsfachkräften ergänzen und in die tägliche Praxis integriert werden.

Erfahrungen zu verschiedenen Möglichkeiten der beruflichen Praxis zu machen. Falls die Lernenden verpflichtet sind, ein kompetenzbasiertes Assessment durchzuführen und in ihrem eigenen Arbeitssetting entsprechende Einrichtungen nicht verfügbar sind, wäre es eine Alternative, dieses Assessment im Rahmen einer anderen Tätigkeit vorzunehmen, die die berufliche Praxis gut abbildet. Palliativversorgung kann in unterschiedlichen Settings sowohl gelehrt als auch gelernt werden, einschließlich der Notaufnahme und Intensivstation. Mit entsprechender Unterstützung kann dies von gleichem Nutzen sein wie ein Einsatz in einem spezialisierten Setting der Palliativversorgung. **Lernen von anderen Versorgungsbereichen** kann eine wertvolle Möglichkeit zur Bestimmung der Qualität der eigenen Arbeit und zum Wahrnehmen von Chancen für eine Verbesserung auf lokaler Ebene sein.

5. Geben Sie eine korrekte Bewertung der Qualität des Ausbildungsprogramms ab Erfolge eines Programms nachzuweisen, ist essenziell, nicht nur für den Geldgeber des Programms, sondern auch für die zukünftige Vermarktung und die Entwicklungsfähigkeit des Programms [27]. Es ist wichtig, dass die Ansichten einzelner Disziplinen in jeder Beurteilung repräsentiert sind. Wenn Kernanliegen identifiziert werden, sollten sie bei der Planung für das nächste Programm berücksichtigt werden. Entscheidend für die Beurteilung ist jedoch, inwieweit interdisziplinäres Lernen von Vorteil gewesen ist und wie es sich in der zukünftigen Praxis für die Lernenden umsetzen lässt.

Schlussfolgerungen

Die hier dargestellten Kernkompetenzen basieren auf dem Schlüsselprinzip, dass die partnerschaftliche Arbeit als Team unter Austausch fachspezifischer Fertigkeiten mit Kollegen und mit der Bereitschaft, voneinander zu lernen, das Gesamtergebnis der Palliativversorgung für Patienten und ihre An- und Zugehörigen verbessern wird. Die **vorgeschlagenen Kompetenzen** sollen Fertigkeiten und Haltungen, die die Gesundheitsfachkraft bereits durch klinische Praxis erworben hat, ergänzen. So ist zu hoffen, dass die Integration der Kompetenzen in die tägliche Praxis zu erreichen sein wird.

Wie bei jeder Kompetenz ist der zu erreichende Grad der 10 Palliative-Care-Kompetenzen davon abhängig, wie kompetent sich die Fachkraft selbst empfindet und wie sie von anderen wahrgenommen wird. Kompetenzen sollten nie als Instrument zur Beurteilung verstanden werden, sondern vielmehr als ein Referenz- und Orientierungssystem, dessen Erreichen alle im Laufe der Zeit anstreben sollten. Außerdem betonen wir noch einmal die Bedeutung der Entwicklung geeigneter Kompetenzen auf der Ebene der Palliativversorgung jedes einzelnen EU-Landes. Auch hier können einige Aspekte einer Kompetenz zunächst eine Absichtserklärung sein und nur vollständig erreichbar werden, wenn entsprechende Dienstleistungen sich dahingehend strukturell entwickeln.

Die hier beschriebenen 10 Kernkompetenzen könnten dabei helfen, Rollen und Verantwortlichkeiten von Teams zu entwickeln, die Palliativversorgung in ihren Gesundheitssystemen anbieten und weiterentwickeln möchten.

Danksagungen

Die Autoren der englischen Originalversion möchten sich bei den Expertinnen und Experten bedanken, die ihre Zeit und Arbeit in die kritische Durchsicht dieses Weißbuchs investierten: Inger Benkel, Karl Bitschnau, Marilène Filbet, Mai-Britt Guldin, Christine Ingleton, Saskia Jünger, Don Tullio Proserpio, Lukas Radbruch und Esther Schmidlin.

Die Autoren möchten sich auch beim Vorstand der European Association for Palliative Care für seine Teilnahme am Review-Prozess bedanken.

Interessenkonflikt

Die Autoren geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.



Literatur

- 1 Council of Europe. Recommendation Rec (2003) 24 of the Committee of Ministers to member states on the organisation of palliative care. Im Internet: 2003; [www.coe.int/t/dg3/health/Source/Rec\(2003\)24_en.pdf](http://www.coe.int/t/dg3/health/Source/Rec(2003)24_en.pdf) (Stand: 12.06.2015)
- 2 Centeno C, Clark D, Lynch T et al. EAPC Atlas of palliative care in Europe. Houston: IAHP Press; 2007
- 3 Radbruch L, Payne S, Bercovitch M et al. White Paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe: part 1. *Eur J Palliat Care* 2009; 16: 278–289
- 4 Radbruch L, Payne S, Bercovitch M et al. White Paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe: part 2. *Eur J Palliat Care* 2010; 17: 22–33
- 5 The WHO definition of palliative care. Im Internet: <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/> (Stand: 12.06.2015)
- 6 Frenk J, Chen L, Bhutta ZA et al. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *Lancet* 2010; 376: 1923–1958
- 7 Murray SA, Kendall M, Boyd K et al. Illness trajectories and palliative care. *BMJ* 2005; 330: 1007–1011
- 8 Higginson I. Palliative and terminal care. Health care needs assessment. 2nd series. Oxford: Radcliffe Medical Press; 1997
- 9 Janssen DJA. Daily symptom burden in end-stage chronic organ failure: a systematic review. *Palliat Med* 2008; 22: 938–948
- 10 Whitty G. Competence-based teacher education: Approaches and issues. *Cambridge Journal of Education* 1991; 21: 309–318
- 11 Stoof A, Martens RL, Jeroen JG et al. The Boundary Approach of Competence: A Constructivist Aid for Understanding and Using the Concept of Competence. *Human Resource Development Review* 2002; 1: 345–365
- 12 Parry SB. The quest for competences: Competency studies can help you make HR decision, but the results are only as good as the study. *Training* 1996; 33: 48–56
- 13 Singh H. Building Effective Blended Learning Programs. *Issue of Educational Technology* 2003; 43: 51–54
- 14 Zwarenstein M, Goldman J, Reeves S. Interprofessional collaboration: effects of practice-based interventions on professional practice and healthcare outcomes. *Cochrane Database Syst Rev* 2009; 8: CD000072
- 15 Taylor J, Swetenham K, Myhoill K et al. IMhPaCT: an education strategy for cross-training palliative care and mental health clinicians. *Int J Palliat Nurs* 2012; 18: 290–294
- 16 Mason SR, Ellershaw JE. Preparing for palliative medicine; evaluation of an education programme for fourth year medical undergraduates. *Palliat Med* 2008; 22: 687–692
- 17 Wee B, Hillier R, Coles C et al. Palliative care: a suitable setting for undergraduate interprofessional education. *Palliat Med* 2001; 15: 487–492
- 18 Von Gunten CF, Mullan P, Nelesen RA et al. Development and Evaluation of a Palliative Medicine Curriculum for Third-Year Medical Students. *J Palliat Med* 2012; 15: 1198–1217
- 19 Bosma H, Johnston M, Cadell S et al. Creating social work competencies for practice in hospice palliative care. *Palliat Med* 2010; 24: 79–87
- 20 Jünger S, Payne S. Guidance on postgraduate education for psychologists involved in palliative care. *Eur J Palliat Care* 2011; 18: 238–252
- 21 Kizawa Y, Tsuneto S, Tamba K et al. Development of a nationwide consensus syllabus of palliative medicine for undergraduate medical education in Japan: A modified Delphi method. *Palliat Med* 2012; 26: 744–752
- 22 McConigley R, Aoun S, Kristjanson L et al. Implementation and evaluation of an education program to guide palliative care for people with motor neurone disease. *Palliat Med* 2012; 26: 994–1000
- 23 Pulsford D, Jackson G, O'Brien T et al. Classroom-based and distance learning education and training courses in end-of-life care for health and social care staff: A systematic review. *Palliat Med* 2013; 27: 221–235
- 24 van Boxel P, Anderson K, Regnard C. The effectiveness of palliative care education delivered by videoconferencing compared with face-to-face delivery. *Palliat Med* 2003; 17: 344–358
- 25 Ellman MS, Schulman-Green D, Blatt L et al. Using online learning and interactive simulation to teach spiritual and cultural aspects of palliative care to interprofessional students. *J Palliat Med* 2012; 15: 1240–1247
- 26 Dando N, d'Avray L, Colman J et al. Evaluation of an interprofessional practice placement in a UK in-patient palliative care unit. *Palliat Med* 2012; 26: 178–184
- 27 Haugen DF, Vejlggaard T. The Nordic Specialist Course in Palliative Medicine: evaluation and experiences from the first course 2003–2005. *Palliat Med* 2008; 22: 256–263



CME-Fragen **Kernkompetenzen in der Palliativversorgung**

- 1** Was ist am ehesten *kein* Kernbestandteil der Palliativversorgung laut EAPC-Kompetenzempfehlung?
- A Erfassen der Sinnbedeutung einer lebenslimitierenden und lebensbedrohlichen Erkrankung.
 B Strategien innerhalb des versorgenden Teams entwickeln, um mit Familienkonflikten umzugehen.
 C Fähigkeit zeigen, eine Palliativversorgung so früh wie möglich einzubringen.
 D Bedarf an angemessener umfassender Versorgung in der Sterbephase bei dem Patienten und den An- und Zugehörigen erkennen.
 E Werte, Überzeugungen und Kultur des Patienten und seiner An- und Zugehörigen erkennen.
- 2** Welche Aussage zum körperlichen Wohlbefinden im Krankheitsverlauf trifft *am wenigsten* zu?
- A Antizipieren von potenziellen Komplikationen sowie Ursachen von Leid, die Komplikationen verstärken könnten, und Erstellen eines reaktionsfähigen Versorgungsplans.
 B Anbieten einer bestmöglichen Versorgung am Lebensende, unabhängig vom Setting.
 C Implementierung von routinemäßiger Beurteilung von körperlichen Symptomen und Wohlbefinden in der klinischen Arbeit.
 D Klinische Arbeit praktizieren, die das Vorbeugen von Leiden fördert, unabhängig vom Erfahrungshintergrund der Fachperson.
 E Die Fähigkeit zeigen, das Wohlbefinden, die Lebensqualität und die Würde des Patienten aktiv zu unterstützen.
- 3** Die Definition des Kompetenzbegriffs von Parry liegt dem EAPC-Weißpapier hauptsächlich zugrunde. Welcher Bestandteil gehört *am wenigsten* zu dieser Definition?
- A Cluster von Wissen, Fertigkeiten und Haltungen
 B Rolle bzw. Verantwortlichkeit einer Person
 C Leistungserfüllung im Beruf
 D Verbesserung durch Training und Entwicklung
 E Notwendigkeit kritischen Denkens
- 4** Fachkräfte benötigen ein Verständnis der psychologischen Bedürfnisse des Patienten und sollten in der Lage sein, eine unterstützende Intervention, die ihrer Disziplin und Fähigkeiten angemessen ist, anzubieten. Welche Fertigkeit gehört *am wenigsten* zu den Kernkompetenzen laut EAPC?
- A Bewältigungsstrategien des Patienten unterstützen.
 B Die Gefühle des Patienten anerkennen und den Patienten einfühlsam unterstützen.
 C Eine fortlaufende Evaluation der psychischen und psychiatrischen Symptome, die vom Patienten erlebt werden, sicherstellen.
 D Eine Diagnose stellen, einen Versorgungsplan festlegen und, wenn angemessen, Interventionen systematisch und fachgerecht anwenden.
 E Die Fähigkeit zeigen, in Krisensituationen effektiv zu kommunizieren und Deeskalationstechniken sicher anwenden (z. B. CALM-Modell).
- 5** Was ist laut Kernkompetenz der EAPC eine *allgemeine* seelsorgerliche Aufgabe von Palliative-Care-Fachkräften?
- A Sich den zu respektierenden Grenzen in Bezug auf kulturelle Verbote, Werte und Wahlmöglichkeiten bewusst sein.
 B Patienten über die ontologische Frage des Seins aufzuklären.
 C An- und Zugehörigen in existenzieller Not verschiedene religiöse Rituale als stützende Intervention anbieten zu können.
 D Mit jedem Patienten nach spirituellem Assessment (z. B. SPIR) über Glaubensfragen zu sprechen.
 E Die Fähigkeit zeigen, in Krisensituationen eine Beichte des Patienten entgegenzunehmen.
- 6** Welcher Aspekt zählt am ehesten zu den Kernkompetenzen angemessener Kommunikation und interpersoneller Fertigkeiten in der Palliativversorgung?
- A Fördern einer intensiveren Kommunikation im Team und mit anderen Berufsgruppen.
 B Die fundierten Entscheidungen von Patienten in Bezug auf Informationen, die sie erhalten und mit ihrer Familie teilen möchten, unterstützen.
 C Die verschiedenen Kommunikationsarten des Patienten und/oder der An- und Zugehörigen angemessen interpretieren (z. B. verbal, nonverbal, formell und informell).
 D Die Geschwindigkeit von Informationsvermittlung den Präferenzen und kognitiven Fähigkeiten des Patienten und der pflegenden Angehörigen anpassen.
 E Alle genannten Antworten in A–D sind richtig.
- 7** Im EAPC Weißpapier werden verschiedene Bildungsniveauebenen unterschieden. Welche der folgenden Ebenen wird in diesem Dokument nicht explizit bearbeitet?
- A spezialisierte Palliativversorgung
 B Ansatz der Palliativversorgung in allgemeinen internistischen Abteilungen
 C allgemeine Palliativversorgung
 D Methoden der Palliativversorgung in Altenpflegeeinrichtungen
 E Experten- und Lehrfachkraftwissen Palliative Care
- 8** In welchen Bereichen stellt das Weißbuch zu Kernkompetenzen am ehesten eine Ressource dar?
- A als Ersatz für Best Practice Guidelines
 B spezifische Kompetenzfelder von ehrenamtlichen Mitarbeitern
 C Kompetenzen für komplexe Situationen in der Palliativversorgung
 D spezifische Kompetenzfelder von pflegenden Angehörigen
 E Experten, die in der Palliativversorgung Lehre oder Ausbildung tätig sind

- 9** Welche Schlüsselfrage in Bezug auf Kompetenz in der Palliativversorgung wird im Weißbuch *nicht* gestellt?
- A Was ist der derzeitige Stellenwert der Palliativversorgung im jeweiligen nationalen Gesundheitssystem?
 - B Welche Aspekte in Bezug auf gesundheitsökonomische Fragestellungen werden vorausgesetzt?
 - C Welche Ressourcen stehen dem Einzelnen zum Lernen und Üben von Fertigkeiten zur Verfügung?
 - D Sind grundlegende Standards verfügbar, anhand derer Kompetenzen festgelegt werden können?
 - E Welche Leistungsfähigkeit steht dem Einzelnen zur Verfügung, um Kompetenz in der Palliativversorgung zu erlangen?
- 10** Mit welchem Prüfungsformat lässt sich Kompetenz in der Palliativversorgung *am wenigsten* beurteilen?
- A Objective Structured Clinical Examination (OSCE)
 - B Reflexionsbericht
 - C Multiple-Choice-Fragen
 - D strukturierte mündliche Prüfung
 - E Freitextfragen (z. B. Modified-Essay-Question-Test; MEQ)

- ▶ Viel Erfolg bei Ihrer CME-Teilnahme unter <http://cme.thieme.de>
- ▶ Diese Fortbildungseinheit ist 12 Monate online für eine CME-Teilnahme verfügbar.
- ▶ Sollten Sie Fragen zur Online-Teilnahme haben, unter <http://cme.thieme.de/hilfe> finden Sie eine ausführliche Anleitung.