

**Die Bedeutung gesundheitswissenschaftlicher  
Zusammenhänge für die praktische Arbeit im  
Gesundheitswesen – Die Beratung als Aufgabe der Pflege in  
der ambulanten palliativen Versorgung**

Hausarbeit

Feststellungsverfahren für den Masterstudiengang  
„Management im Gesundheitswesen“ 2008

im Fachbereich Wirtschaft  
der Hochschule Magdeburg-Stendal (FH)

vorgelegt von  
Frank Krursel  
Föhrenbrink 28a  
59399 Olfen

## Inhaltsverzeichnis

1.	Vorbemerkung .....	3
2.	Einleitung.....	3
3.	Ziele der Arbeit.....	3
3.1	Fragestellung.....	4
4.	Gesetzliche Grundlagen der ambulanten palliativpflegerischen Versorgung.....	4
4.1	Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen.....	4
5.	Begriffsdefinition von Palliative Care .....	5
6.	Ottawa Charta .....	5
6.1	Handlungsstrategien der Ottawa-Charta .....	6
6.2	Aktionsbereiche für aktives gesundheitliches Handeln .....	6
7.	Die normativen Grundlagen und der professionelle Anspruch .....	6
8.	Der Beratungsbegriff .....	7
8.1	Die Beratung pflegender Angehöriger .....	8
9.	Die Aufgaben in der ambulanten palliativpflegerischen Versorgung	10
10.	Ergebnisse .....	11
11.	Diskussion und Ausblick.....	13
12.	Zusammenfassung .....	15
13.	Literatur .....	16

## **1. Vorbemerkung**

Der Autor der vorliegenden Arbeit arbeitet als Pflegedienstleitung in einer ambulanten Sozialstation in NRW. Das Thema der vorliegenden Arbeit konkretisiert sich am Praxisbeispiel der pflegerischen Beratung in der ambulanten palliativen Versorgung.

## **2. Einleitung**

Für sterbende Menschen ist es ein großer Wunsch zu Hause betreut und gepflegt zu werden. Sie möchten nicht allein gelassen werden und in ihrer vertrauten Umgebung sterben. Diese Patienten, die an einer nicht heilbaren Erkrankung leiden, haben oftmals Schmerzen und andere Begleitscheinungen wie Übelkeit, Erbrechen, Atemnot oder Verwirrtheit. Die Erfüllung des Patientenwunsches zu Hause zu sterben, bedeutet jedoch eine große Herausforderung für die pflegenden Angehörigen. Die professionelle Pflege erfüllt hier eine wichtige Aufgabe und trägt Sorge „für das individuelle Wohlbefinden trotz Einschränkungen durch Funktionsstörungen, sie hilft bei der Bewältigung der Folgen schwerer chronischer und zum Tode führender Erkrankungen, sie strebt nach Geborgenheit, wo in der letzten Lebensphase Unsicherheit droht, und sie unterstützt Angehörige während des Sterbeprozesses und oftmals auch darüber hinaus“. (Vgl. Bericht der Enquete-Kommission, 2005. S. 196) In der Palliativpflege weisen die Patienten und deren Angehörige einen komplexen Hilfebedarf auf. Das Ziel der Palliativversorgung ist die Erhaltung bzw. Wiederherstellung der individuellen Lebensqualität welche erreicht werden soll über die pflegerischen Maßnahmen, den Interventionen und über die Zusammenarbeit innerhalb eines multiprofessionellen Teams.

## **3. Ziele der Arbeit**

Mit dieser Arbeit werden folgende Ziele verfolgt:

Die Beratung als professioneller Auftrag in der ambulanten palliativen Versorgung darzustellen, mit dem Ziel, Wissen zu vertiefen, um so in der

Beratung Patienten und deren Bezugspersonen zu begleiten. Gleichzeitig dient die vorliegende Arbeit als Grundlage zur Reflexion der Berufsrolle der Pflegepersonen in der ambulanten palliativen Versorgung. Die Aussagen und Ergebnisse dieser Arbeit können als Ausgangspunkt für die ambulante palliative Versorgung herangezogen werden.

### **3.1 Fragestellung**

Um die Bedeutung der Beratung in der letzten Lebensphase analysierend und bewertend vornehmen zu können, werden folgende Punkte näher untersucht:

- Welche Bedeutung kommt der pflegerischen Beratung zu? (Vgl. Punkt 8, 8.1, 9)
- Welchen gesundheitswissenschaftlichen Ansatz verfolgt die Beratung in der ambulanten palliativen Versorgung? (Vgl. Punkt 5, 6.1, 6.2, 8.1, 9)

## **4. Gesetzliche Grundlagen der ambulanten palliativpflegerischen Versorgung**

Mit dem Vertrag über die ambulante palliativpflegerische Versorgung nach § 132 a Abs. 2 SGB V regeln die gesetzlichen Krankenkassen mit den zugelassenen Pflegediensten die ambulante Versorgung. „Basis dieses Vertrages sind die im Rahmenprogramm zur flächendeckenden Umsetzung der ambulanten palliativmedizinischen und palliativpflegerischen Versorgung in NRW vom 19.05.2005 aufgestellten Grundsätze und Maßstäbe für die ambulante Palliativversorgung“. (Landesverband der Betriebskrankenkassen NRW, 2005) Ziel der ambulanten Palliativversorgung ist es, Menschen in der letzten Lebensphase eine qualitativ hochwertige Palliativversorgung in der eigenen häuslichen Umgebung anzubieten.

### **4.1 Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen**

Das Bundesministerium für Gesundheit weist in der Charta unter Artikel 8 auf die palliative Begleitung, das Sterben und den Tod hin. Die Charta soll die Rechtsstellung der Menschen und ihrer Angehörigen stärken und Anregungen bei der Gestaltung des Hilfe- und Pflegeprozesses gewähren. In dem Artikel 8 geht es um die individuelle Sterbebegleitung, Zusammenarbeit mit Angehörigen, die Selbstbestimmung am Lebensende, die Patientenverfügung,

den Umgang mit dem Leichnam und die Organtransplantation nach dem Tod. (Vgl. Bundesministerium für Gesundheit, 2006, S.20)

## **5. Begriffsdefinition von Palliative Care**

Steffen-Bürgi definiert nach der WHO-Definition 2002 Palliative Care, als Ansatz „zur Verbesserung der Lebensqualität von Patienten und ihren Angehörigen, die mit einer lebensbedrohlichen Erkrankung konfrontiert sind, und zwar durch Prävention und Linderung von Leiden, durch frühzeitiges Erkennen sowie durch exzellentes Einschätzen und Behandeln von Schmerzen und anderen physischen, psychosozialen und spirituellen Problemen.“ (Steffen-Bürgi, 2007, S.33) In der vorliegenden Arbeit dient diese Definition als Grundlage, da hier die Handlungsstrategien und die Aktionsbereiche für aktives gesundheitliches Handeln im Sinne der Ottawa-Charta deutlich werden. (Vgl. Punkt 6.1, 6.2) „Der Begriff „Palliativ“ leitet sich vom Lateinischen „pallium“ – der Mantel ab. „Care“ kann in der deutschen Sprache am ehesten mit dem Terminus „Versorgung“ übersetzt werden. Gegenüber den traditionellen, kurativ ausgerichteten Versorgungskonzepten unterscheidet sich Palliative Care also durch eine dem Konzept zugrundeliegende Philosophie, durch eine bestimmte Haltung der Beteiligten, und dadurch, dass sich die Versorgung radikal an den Bedürfnissen der PatientInnen orientiert.“ (Pleschberger, Heimerl, 2005, S.18-19) In der palliativen Versorgung bedarf es „zuerst der Reflexion und Auseinandersetzung mit unserer persönlichen Haltung, mit der wir sterbenden Menschen und ihren Angehörigen begegnen. Gemeint sind Werte wie Respekt, Empathie, Wahrhaftigkeit, Menschenfreundlichkeit und Selbstachtung.“ (Kränzel, Schmidt, Seeger, 2005, S.9)

## **6. Ottawa Charta**

Die erste internationale Konferenz zur Gesundheitsförderung fand am 21. November 1986 in Ottawa statt. „Die Ottawa-Charta ist Schlüsseldokument der weiteren konzeptionellen Entwicklung und der internationalen Verbreitung von Gesundheitsförderung. In der Ottawa-Charta wird Gesundheitsförderung folgendermaßen definiert: „Gesundheitsförderung zielt auf einen Prozess, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu

ermöglichen und sie dadurch zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen.“  
(Troschke v., Reschauer, Hoffmann-Markwald, 1996, S.182)

### **6.1 Handlungsstrategien der Ottawa-Charta**

In der Ottawa-Charta werden für die Gesundheitsförderung drei bedeutende Handlungsstrategien genannt:

- Interessen vertreten
- Befähigen und ermöglichen
- Vermitteln und vernetzen

### **6.2 Aktionsbereiche für aktives gesundheitliches Handeln**

Des Weiteren werden in der Ottawa-Charta fünf zentrale Aktionsbereiche für ein aktives gesundheitliches Handeln benannt:

- Entwicklung einer gesundheitsfördernden Gesamtpolitik
- Gesundheitsförderliche Lebenswelten schaffen
- Gesundheitsbezogene Gemeinschaftsaktionen unterstützen
- Persönliche Kompetenzen entwickeln
- Die Gesundheitsdienste neu orientieren

## **7. Die normativen Grundlagen und der professionelle Anspruch**

Unter dem Gesichtspunkt der Berufsgesetze für Pflegeberufe sollen im nachfolgenden Text die normativen Grundlagen und der professionelle Anspruch dargestellt werden. Die professionelle Pflege hat den gesellschaftlichen Auftrag für Menschen in allen Lebensphasen dessen Gesundheit zu fördern und zu erhalten, mit dem Ziel die selbstbestimmte Lebensqualität neu zu entdecken. Die Basis ist die professionelle Beziehung, welche gekennzeichnet ist durch die Interaktion zwischen dem Pflegebedürftigen und dem Pflegenden. Die Legitimation für diesen professionellen Anspruch stellen unter anderem die Berufsgesetze dar, in denen die Ausbildungsziele beruflichen Handelns klar definiert sind. Aus der

Analyse der Berufsgesetze lassen sich, bezogen auf den professionellen Anspruch, folgende Ergebnisse bzw. Akzente herausarbeiten:

### **Krankenpflegegesetz (KrPflG § 3 ab 01.01.2004)**

- Fachliche, personale, soziale und methodische Kompetenz zur verantwortlichen Mitwirkung soll erlangt werden durch pflegewissenschaftliche, medizinische und weitere bezugswissenschaftliche Erkenntnisse
- Präventive, rehabilitative und palliative Maßnahmen im Hinblick auf die Wiedererlangung, Verbesserung, Erhaltung und Förderung der physischen und psychischen Gesundheit
- Berücksichtigung der Pflege- und Lebenssituation der Lebensphasen, der Selbstständigkeit und Selbstbestimmung des Patienten

### **Altenpflegegesetz (AltPflG) § 3 ab 17.11.2000**

- Umfassende geplante Pflege
- Kooperation mit Ärzten als Blickrichtung der interdisziplinären Kooperation
- Rehabilitative Tätigkeit im geriatrisch-/ gerontopsychiatrischen Bereich als Zielrichtung im Handeln
- Mitwirkung bei qualitätssichernden Maßnahmen als methodisches Vorgehen
- Sterbebegleitung, Ernährungsberatung, Beratung pflegender Angehöriger und Gesundheitsförderung als Zielrichtung im Handeln

### **8. Der Beratungsbegriff**

„Professionelle Beratung setzt ein oder ist erforderlich, wenn die individuelle Kompetenz oder das informelle Hilfenetz für die Lösung oder die Bewältigung einer krisenhaften Situation nicht mehr ausreicht oder überfordert ist.“ (Koch-Straube, 2001, S. 64) „Beratung ist eine professionelle Unterstützungsleistung, die in einem gemeinsamen Prozess der Orientierung, Planung, Entscheidung und Handlung versucht, bio-psycho-soziale Ressourcen und sozialökologische und ökonomische Ressourcen von Umweltsystemen (soziale Beziehungen und

Netzwerke; Organisation und Institutionen; gebaute und natürliche Umwelt) zu entdecken, zu fördern, zu erhalten und aufeinander zu beziehen.“ (Koch-Straube, 2001, S. 72)

Akzente in der pflegerischen Beratung setzt Sieger wie folgt:

- „Beratung verstanden als kommunikatives Handeln.“
- „Beratungsgeschehen verstanden als Ziel Menschen zu begleiten im Prozess der Integration von krisenhaften und belastenden Ereignissen in das Lebensganze.“
- „Ziel der Beratung die Hilfesuchende Person zu entlasten und zu befähigen mit dem Problem selbst umzugehen.“(Sieger, 2006)

Als Grundlage der Beratung im Pflegeprozess sieht Sieger folgende Kompetenzen, welche die Pflegefachkraft im Handlungsfeld anwenden und umsetzen muss:

- „Pflege muss in der Lage sein, unterschiedliche Beratungsansätze im Hinblick auf die Versorgungssituation zu benutzen.“
- „Pflege muss im Rahmen der Pflegeprozessmethode Beratungsanlässe identifizieren und einen Handlungsplan entwerfen.“
- „Gesprächskompetenzen müssen vertieft und erweitert werden, um die Beratung situations- und personenorientiert leisten zu können.“
- „Pflege muss diese Beratungskompetenz in einem strukturierten Beratungsgespräch anwenden und durchführen können.“
- „Pflege muss den tatsächlichen Beratungsbedarf verdeutlichen und dies den möglichen Formen der Finanzierung gegenüberstellen.“
- „Pflege muss die individuelle Versorgungssituation des zu Pflegenden und seinen Versorgungsbedarf in die Angebote und Möglichkeiten der ambulanten Gesundheitsversorgung einordnen können.“ (Sieger, 2006)

### **8.1 Die Beratung pflegender Angehöriger**

Oft erleben pflegende Angehörige das Sterben eines Familienmitgliedes zum ersten Mal und sind in dieser Situation sehr verunsichert und ratlos. Angesichts



der Komplexität der palliativen Versorgung und dem kontinuierlichen Eingebundensein sind pflegende Angehörige in hohem Maße physisch und psychisch gefordert. Die Belastung geht phasenweise bis an die Grenze des Aushaltbaren. Hier sind insbesondere der Verlust und die Trauer darum, einen geliebten Menschen zu verlieren, zu benennen. Hinzu kommt die Unterstützung der pflegenden Angehörigen bei der körperlichen Versorgung, zusätzlich ist die Gesamtsituation dadurch erschwert, dass oft das weitere soziale Umfeld Berührungsängste mit der Familie und dem Thema Tod hat. Dies führt nicht selten zu einem Rückzug des Sozialnetzes, da die persönliche und familiäre Lebensplanung der aktuellen Pflegesituation untergeordnet wird. „Vor allem, wenn das familiäre Hilfenetz klein ist und die Versorgungslasten auf den Schultern nur einer Person ruhen, sind Maßnahmen zur Ressourcensicherung unerlässlich. Pflegende Angehörige sind auch deshalb überfordert, weil ihnen das zur Bewältigung nötige Wissen und Know-how fehlt: „über die Krankheit, einzelne Begleitsymptome, psycho-soziale Aspekte des Krankheitsgeschehens, über das Versorgungswesen und seine Instanzen, Zugangswege zu einzelnen Einrichtungen, Finanzierungsfragen und von Angehörigen im Einzelnen zu leistende Pflegeaufgaben“. (Schaeffer, 2005, S. 84) Der Ressourcenerhalt und die Ressourcensicherung seitens der pflegenden Angehörigen haben in der Beratung durch die professionellen Akteure eine große Bedeutung. Wichtig ist hier die Information und Aufklärung im Umgang mit den Vorboten des Sterbens und dem Sterbeprozess selbst, um Irritationen und Verunsicherungen zu vermeiden. Die Anleitung der Angehörigen zu bestimmten Pflegeaufgaben wie dem Waschen und das Betten des zu Pflegenden ist ein wichtiger Punkt in der Beratung. Die Probleme und Ressourcen der Angehörigen müssen im Rahmen des Pflegeprozesses ebenso wahrgenommen werden wie die des zu Pflegenden. Ziel der Pflege ist es, durch die Vermittlung von regionalen Angeboten, z. B. Angehörigengruppen, ambulanten Hospizgruppen oder des Gemeindepfarrers, Entlastungsmöglichkeiten für pflegende Angehörige aufzuzeigen. (Vgl. Punkt 6.1, 6.2) Dadurch kann der sozialen Isolation von pflegenden Angehörigen vorgebeugt werden, um so deren eigene Gesundheit aufrecht zu erhalten. Die Beratung in der palliativpflegerischen Versorgung ist

eine der wichtigsten Aufgaben der professionellen Pflege. „Denn solange sich die Angehörigen adäquat unterstützt fühlen, ist die Wahrscheinlichkeit, dass der schwerkranke Mensch zu Hause sterben kann, am größten“. (Schmidt, Sester, Scheele-Schäfer, 2005, S. 419)

## **9. Die Aufgaben in der ambulanten palliativpflegerischen Versorgung**

Die Pflege ist verantwortlich dafür, dass die Patienten ermutigt werden, ihre Vorstellungen, Wünsche und Werte in Zusammenhang mit dem Lebensende zu äußern und zu entwickeln. Ziel der Pflege ist es, die Lebensqualität bis zum Lebensende zu verbessern. Hierzu gehört unter anderem Raum zum Sterben, keine Schmerzen zu haben oder auch Ruhe zu haben. Diese Kriterien müssen je nach individueller Sicht neu entwickelt werden. Der Aufgabenbereich der ambulanten Palliativpflege sind schwerpunktmäßig „Symptomkontrolle und Schmerztherapie, Anleitung und Beratung von Angehörigen bei medizinisch-pflegerischen Tätigkeiten.“ (Etzel, Thielhorn, Wylegalla, 2005, S. 310) Hierbei wird deutlich, dass die Pflege nach einem gesundheitswissenschaftlichen Ansatz in der letzten Lebensphase den zu Pflegenden und die pflegenden Angehörigen begleitet. Die Pflege vertritt die Interessen der Patienten und befähigt Sie, Ihre Wünsche und Werte im Zusammenhang mit der letzten Lebensphase zu äußern. Ein weiterer Aufgabenschwerpunkt liegt in der Schaffung einer angenehmen Atmosphäre in der häuslichen Umgebung z. B. durch Gesprächsangebote, das Einbeziehen von Angehörigen und weiteren Berufsgruppen, ehrenamtlichen Hilfsorganisationen sowie dem Einsatz von Hilfsmitteln. Dieses pflegerische Handeln beinhaltet die Handlungsstrategien und die Aktionsbereiche für aktives gesundheitliches Handeln im Sinne der Ottawa-Charta. (Vgl. Punkt 6.1 und 6.2) Die Beratung als Pflegehandeln wird somit zu einem durchdringenden Geschehen in der palliativpflegerischen Versorgung mit Blick auf die Betroffenen und deren Familienangehörige. Über die Beratung erhält der Betroffene ein höheres Maß an Selbstbestimmung, im Hinblick auf das Lebensende seine Vorstellungen, Wünsche und Werte zu äußern und zu entwickeln. Über die Handlungsstrategien „befähigen und ermöglichen“ bekommen der zu Pflegende und dessen Bezugspersonen durch

die Beratung Zugang zu allen wesentlichen Informationen wie z.B. Finanzierungsmöglichkeiten, sozialen Netzwerken, um selber Entscheidungen in Bezug auf die letzte Lebensphase zu treffen. Eine umfassende Betreuung führt somit zur Steigerung der eigenen Lebensqualität und die der Familienangehörigen. Durch die Patientenpartizipation in der Beratung wird der zu Pflegenden in der häuslichen Umgebung befähigt, Entscheidungen für sein persönliches Wohlempfinden zu treffen. Die ambulante palliativpflegerische Versorgung muss dahingehend ausgerichtet sein, „weg von der Aktion, dem Eifer, standardisiert gänzlich alles unter Kontrolle zu bekommen, Leiden bestmöglich zu reduzieren, zu eliminieren. Dafür hin zur Interaktion, um gemeinsam mit den Betroffenen, entsprechend seiner Beurteilung, seines realen Zustandes, seiner Krankheits- und Versorgungswirklichkeit (die sich im Krankheits- und Versorgungsverlauf stets verändert), seiner Ressourcen, Perspektiven und Probleme, seines ihm gemäßen Verständnisses von Lebensqualität und Würde, mit ihm die Behandlungs- und Versorgungsgestaltung individuell auszuhandeln.“ (Heller, Knipping, 2007, S. 40) Die Einbeziehung der Angehörigen in die Sterbebegleitung ist eine weitere wichtige Aufgabe der Pflege. Die Pflegenden unterstützen „den Kontakt zwischen dem Sterbenden und seinen Freunden und Verwandten, damit dieser nicht abbricht. Die Pflegenden haben die Aufgabe, den Angehörigen Mut zu machen, ihre Gefühle mit dem Sterbenden zu teilen. Sie leben ihnen einen natürlichen und angstfreien Kontakt vor.“ (Baumgartner, Kirstein, Möllmann, 2003, S. 489)

## **10. Ergebnisse**

Die Bedeutung und Herausforderung der ambulanten palliativpflegerischen Versorgung zeigt sich am deutlichsten, wenn durch eine professionelle Begleitung und Betreuung eine Krankenhauseinweisung vermieden werden kann. Hier ist die Versorgungsqualität über den Pflegedienst von großer Bedeutung. Ambulante Palliativpflege wird somit zu einer wichtigen Ressource in der häuslichen Versorgung am Lebensende für die patientenorientierte Versorgungsgestaltung. In der palliativpflegerischen Versorgung bedarf es einer besonderen Haltung der Pflegefachkräfte. (Vgl. Punkt 5) Sie tragen die

Verantwortung gegenüber den Betroffenen, deren Bedürfnisse und Wünsche im Pflegeprozess zu erfahren, sich dieser zu stellen und dann umzusetzen. Dies bedarf zuallererst der Reflexion und Auseinandersetzung mit der persönlichen Haltung, mit der sterbende Menschen und ihren pflegenden Angehörigen begegnet wird. Multiprofessionelle und sektorenübergreifende Strukturen sind die Voraussetzung, um dem Bedürfnis schwer kranker Menschen am Lebensende die Möglichkeit zu schaffen, in der häuslichen Umgebung zu sterben. Durch die Kooperation und Vernetzung aller an der Versorgung Beteiligten, durch die Beratung und Anleitung und der Interaktion mit den Betroffenen gelingt es der Pflege, eine individuelle Versorgungsqualität am Lebensende aufzubauen. (Vgl. Punkt 8.1, 9) Die interdisziplinäre, sektorenübergreifende Zusammenarbeit ist in der ambulanten Palliativversorgung von großer Bedeutung. Der hohe Wert einer engen und guten Zusammenarbeit über Berufs- und Sektorengrenzen hinweg liegt darin, dass Patienten und Angehörige erfahren, dass sie bei Bedarf jederzeit kompetente Unterstützung in der häuslichen Umgebung erhalten. Kooperation und Vernetzung soll dazu führen, dass es zu einer gelingenden Kommunikation und dem Aufbau eines tragfähigen Vertrauensverhältnisses unter den Netzwerkpartnern kommt. Beratungsinhalte in der palliativpflegerischen Versorgung können Aspekte der medizinisch-pflegerischen Versorgung wie z.B. Schmerztherapie, Symptomkontrolle, Wundversorgung aber auch Hilfestellung bei der Auseinandersetzung von Patienten und den pflegenden Angehörigen mit Krankheit, Sterben und Tod sein. Durch Fort- und Weiterbildungen muss das Wissen, die Kompetenz und die professionelle Handlungs- und Reflexionsfähigkeit weiterentwickelt werden. Es ist jedoch unabdingbar, dass eine konsequente Erweiterung des Pflegehandelns sowie die Ausweitung der Wissensbasierung des Pflegehandelns durch die Gesundheits- und Pflegewissenschaften erzielt werden muss, um so den qualitativen Anforderungen in der palliativen Versorgung Rechnung zu tragen. Denn eine pflege- und gesundheitswissenschaftlich begründete Pflegepraxis führt auch zur Autonomie der Kranken- und Altenpflege.

## **11. Diskussion und Ausblick**

„Die Verbesserung der Versorgungswirklichkeit von Menschen in der letzten Lebensphase und insbesondere von Sterbenden ist auch in Deutschland seit längerem Gegenstand gesundheitspolitischer Diskussionen und Bemühungen“. (Schaeffer, 2005, S. 69) „Die Begleitung, Betreuung und Versorgung schwer kranker und sterbender Menschen gehört zu den Kernaufgaben der Pflege. Mit der Etablierung von Palliative Care als eigenständiges Versorgungskonzept ist die Beachtung dieser Aufgabe in den letzten Jahren erheblich angestiegen. Sie wird auch in Zukunft eine zentrale Rolle im Tätigkeitsfeld von Pflegepersonen in unterschiedlichen Bereichen spielen.“ (Pleschberger, Heimerl, 2005, S. 15) Pflege hat in der ambulanten palliativpflegerischen Versorgung eine große Verantwortung. Palliativpflege als Kernaufgabe der Pflegefachkräfte setzt eine innere Haltung und Reflexion der Beteiligten voraus. Pflegefachkräfte benötigen die Kompetenz, das Wissen und professionelle Handlungs- und Reflexionsfähigkeiten um professionell palliativ zu handeln. Palliative Care ist somit nicht nur eine Abfolge von Handlungen, Erfahrungen und aus der Wissenschaft erfasstem Wissen. Pleschberger und Heimerl räumen im Kontext der Palliativversorgung der Pflege eine tragende Rolle ein. (Vgl. Pleschberger, Heimerl, 2005, S. 15) Um dieser tragenden Rolle gerecht zu werden, benötigen Pflegefachkräfte umfassende Fort- und Weiterbildung nach ihrer Erstausbildung. Berufliche Fort- und Weiterbildung vermitteln elaboriertes Wissen und Können für spezifische Fachbereiche und Aufgaben in der Pflege. Die Legitimation zur Beratung in der palliativpflegerischen Versorgung ist damit verbunden, dass Pflege den zeitintensiveren, direkten und langfristigen Kontakt mit den zu Pflegenden und den pflegenden Angehörigen hat. Gemeinsam mit den Ärzten hat Pflege eines der umfangreichsten Kontaktpotenziale mit den zu Pflegenden und deren Angehörige. (Vgl. Gutachten des Sachverständigenrates der Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, 2003) Dieses Potential muss die Pflege nutzen und einsetzen, um den Ansatz der Gesundheitsförderung auch in der letzten Lebensphase umzusetzen. Wie in der vorliegenden Arbeit aufgezeigt wird, ist ein palliativpflegerisches Potential zur Gesundheitsförderung in der letzten Lebensphase durchaus vorhanden. Diesem pflegerischem

Potenzial stehen aber gesetzliche und strukturelle Rahmenbedingungen sowie praktische Umsetzungsprobleme in der Pflege gegenüber. Die Anforderungen, die auf die Pflege in der palliativen Versorgung zukommen, verlangen ein umfassendes Pflegeverständnis und pflegerische Konzepte. Palliative Care nach Heller und Knipping wird als wissenschaftliches Versorgungskonzept begriffen, welches flächendeckend in den Alltag der Versorgungseinrichtungen zu integrieren ist. Das Pflegeverständnis muss die Aspekte der interprofessionellen Kommunikation mit den Betroffenen selber und ihren Bezugspersonen enthalten. Die kurativen Maßnahmen der Pflege müssen patientenorientiert vorgenommen, erschlossen und erneuert werden. (Vgl. Punkt 5, 9) Die pflegerischen Konzepte können durch gesundheits- und pflegewissenschaftliche Studiengänge erstellt werden, um so auf eine eigene Wissensbasis zurückgreifen zu können. Aber auch auf die Fort- und Weiterbildungsinstitute kommt ein erweiterter Qualifizierungsbedarf für die pflegerischen Berufe zu. Die anerkannte Fortbildung in NRW orientiert sich derzeit nach dem Basiscurriculum Palliative Care vom Ministerium Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes NRW mit den gesetzlichen Vorgaben nach § 39a SGB V. Neben der berufspolitischen Möglichkeit ist die gesundheitspolitische Weichenstellung ebenso notwendig. Diese erfolgt derzeit in NRW über die Krankenkassen, welche den ambulanten Pflegediensten einen Vertrag über die ambulante palliativpflegerische Versorgung nach § 132 a Abs. 2 SGB V anbieten. Die Krankenkassen stellen in diesem Zusammenhang hohe sächliche und personelle Anforderungen sowie Qualitätssicherungs- und Fortbildungsmaßnahmen. Die geringen Entgelte, die über diesen Vertrag erzielt werden können, stehen jedoch in keinem Verhältnis zu den geforderten Standards der Krankenkassen. Aufgrund der beruflichen Erfahrung des Autors ist dies ein Grund dafür, dass derzeit wenige Pflegedienste in NRW diesen Vertrag nach SGB V abgeschlossen haben. Somit kann den Betroffenen noch keine flächendeckende Versorgung über spezialisierte ambulante Palliativdienste angeboten werden. Der Pflegeforschung kommt ein weiterer hoher Stellenwert zu. Die Pflegeforschung und die Umsetzung ihrer Ergebnisse sind für die Verbesserung der Versorgung Sterbender von großer Bedeutung.

Es bedarf einer Fachexpertise, dem Festhalten von Wissensbeständen für das berufliche Handeln und die Auseinandersetzung mit internationalen Entwicklungen. Das bedeutet, dass im Studium an den Hochschulen und in der Forschung, der Ausweitung und der Wissensbasierung des Pflege- und Versorgungshandelns mehr Aufmerksamkeit geschenkt werden muss.

## **12. Zusammenfassung**

Die Begleitung und Betreuung von Patienten und den pflegenden Angehörigen zählt zu den traditionellen und anspruchsvollen Aufgaben in der ambulanten palliativpflegerischen Versorgung. Die Pflege trägt Sorge für das individuelle Wohlbefinden, strebt nach Geborgenheit, bemüht sich um Linderung. Sie hilft bei der Bewältigung der Folgen schwerer chronischer, zum Tode führender Erkrankungen und unterstützt pflegende Angehörige während des Sterbeprozesses und oftmals auch darüber hinaus. Die palliativpflegerische Versorgung erfordert somit eine individuelle, patienten- und angehörigenbezogene Betreuung und Begleitung. Dies bedeutet, dass über den Pflegeprozess stets individuelle Patienten- und Angehörigenbezogene Bedürfnisse und Werte im körperlichen, seelischen, sozialen, kulturellen und spirituellen Bereich wahrgenommen werden. Patienten und pflegende Angehörige sollen frühzeitig integriert werden, um sie über die professionelle Pflege zu befähigen, mittels Wissensvermittlung, Beratung, Anleitung und Instruktion geeignete Selbstpflege- und Selbstmanagementfähigkeiten für ihre eigene Lebensqualität zu entwickeln.

### **13. Literatur**

Baumgartner, Luitgard; Kirstein, Reinhard; Dr. Möllmann, Rainer: Häusliche Pflege heute, München/ Jena, Urban & Fischer, 1. Auflage 2003.

Bericht der Enquête-Kommission des Landtages Nordrhein-Westfalen, Situation und Zukunft der Pflege in NRW, Düsseldorf, Toennes Druck + Medien, 1. Auflage, 2005.

Bundesministerium für Gesundheit, Bonn; Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Berlin, Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen, DruckVogt GmbH, Berlin, 2006.

Etzel, Birgit S.; Thielhorn, Ulrike; Wylegalla, Christian: die Pflege von Menschen mit Tumorerkrankten. In: Immenschuh, Ursula; Scheele-Schäfer, Jutta; Spahn, Claudia (Hrsg.): Ambulante Pflege - Wissenschaftlich fundiertes Pflegehandeln bei ausgewählten Krankheitsbildern, Hannover, Schlütersche Verlagsgesellschaft, Band 2, 2005, S. 243-313.

Heimerl, Katharina; Pleschberger, Sabine: Palliativpflege lehren und lernen. Die Pflege schwer kranker und sterbender Menschen im Kontext der Pflegeausbildung. In: Heimerl, Katharina; Pleschberger, Sabine; Wild, Monika (Hrsg.): Palliativpflege, Facultas Universitätsverlag, 2. Auflage 2005, S. 15-29.

Heller, Andreas; Knipping Cornelia: Palliative Care – Haltung und Orientierung. In: Knipping, Cornelia (Hrsg.): Lehrbuch Palliative Care, Bern, Hans Huber Verlag, 2. Auflage 2007, S. 39-47.

Koch-Straube, Ursula: Beratung in der Pflege, Bern, Hans Huber Verlag, 1. Auflage 2001.

Kränzle, Susanne; Schmidt, Ulrike; Seeger, Christa: Palliative Care, Heidelberg, Springer Medizin Verlag, 1. Auflage, 2006.

Schaeffer, Doris: Versorgungswirklichkeit in der letzten Lebensphase: Ergebnisse einer Analyse der Nutzerperspektive. In: Ewers, Michael; Schaeffer,



Doris (Hrsg.): Am Ende des Lebens –Versorgung und Pflege von Menschen in der letzten Lebensphase, Bern, Hans Huber Verlag, 1. Auflage 2005, S. 69-91.

Schmidt, Helmut; Sester, Susanne; Scheele-Schäfer: Sterben und Tod zu Hause – Sterbende pflegen und begleiten. In: Immenschuh, Ursula; Scheele-Schäfer, Jutta; Spahn, Claudia (Hrsg.): Ambulante Pflege - Wissenschaftlich fundiertes Pflegehandeln bei ausgewählten Krankheitsbildern, Hannover, Schlütersche Verlagsgesellschaft, Band 2, 2005, S. 373-451.

Sieger, Margot: Pflegeberatung im Kontext der Gesamtversorgung von demenziell Erkrankten; Diakonisches Werk Westfalen Münster; schriftliche Version des Vortrages vom 15.09.2006.

Steffen-Bürgi, Barbara: Reflexion zu ausgewählten Definitionen der Palliative Care. In: Knipping, Cornelia (Hrsg.): Lehrbuch Palliative Care, Bern, Hans Huber Verlag, 2. Auflage 2007, S. 30-38.

Troschke, Jürgen v.; Reschauer, Georg; Hoffmann-Markwald, Axel (Hrsg.): Die Bedeutung der Ottawa Charta für die Entwicklung einer New Public Health in Deutschland, Schriftenreihe der `Koordinierungsstelle Gesundheitswissenschaften 7 Public Health an der Abteilung für Medizinische Soziologie der Universität Freiburg, Band 6, 1996.

Altenpflegegesetz, URL:

<http://www.konfliktfeld-pflege.de/dateien/text/database/down/APfIG.pdf>

(16.07.2007)

Krankenpflegegesetz 2004, URL: <http://www.i-f-p-muenchen.de/pdf/KrPfIG.pdf>

(16.07.2007)

Palliativvertrag NRW, URL:

<http://www.vdak->

[aev.de/LVen/NRW/Vertragspartner/Palliativversorgung/Palliativvertrag.pdf](http://www.vdak-aev.de/LVen/NRW/Vertragspartner/Palliativversorgung/Palliativvertrag.pdf)

(26.01.2008)

Sachverständigenrat, URL:

<http://www.svr-gesundheit.de/Startseite/Startseite.htm> (04.02.2008)