



Impulse zu den Handlungsempfehlungen der Charta „Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland“

Bundesarbeitsgemeinschaft (BAG) Palliative Care im Deutschen Berufsverband für Pflegeberufe DBfK



Lebensbedrohliche Erkrankung, aber vor allem Sterben und Tod sind in unserer Gesellschaft zunehmend tabuisiert und institutionalisiert. Deshalb ist es bedeutsam, dass die gesamte Gesellschaft diese Themen aufgreift und insbesondere die haupt- oder ehrenamtlichen Akteure, die hier Unterstützung geben, eine Hilfe und Orientierung erhalten. Die Begleitung von schwerstkranken und sterbenden Menschen ist ein Kernelement professionellen pflegerischen Handelns. Unser berufliches Selbstverständnis – abgebildet im ICN-Ethikkodex – verpflichtet uns dazu, diesen Menschen Lebensqualität zu bewahren und angemessene Unterstützung in der Auseinandersetzung mit dieser existenziellen Erfahrung zu geben. Der Deutsche Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK) hat die Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen unterzeichnet. Es ist uns ein Anliegen, dass von der Ausbildung bis zur beruflichen Praxis in allen Versorgungskontexten das Thema präsent und die Pflegefachpersonen qualifiziert und sensibilisiert für diese Aufgabe sind. Vor diesem Hintergrund fordern wir alle Pflegefachpersonen auf, die Handreichung der Bundesarbeitsgemeinschaft (BAG) Palliative Care im DBfK für ihren Versorgungsalltag zu nutzen.

Der BAG Palliative Care gilt unser Dank!

Prof. Christel Bienstein
Präsidentin

Die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin und der Deutsche Hospiz- und Palliativverband haben gemeinsam mit der Bundeärztekammer Handlungsempfehlungen¹ zur Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland² formuliert. In einem umfassenden Prozess wurden die Handlungsempfehlungen mit strukturverantwortlichen Akteuren auf Bundes-, Landes- und Kommunalebene, den Kostenträgern, den Leistungserbringern und den Verbänden der beteiligten Berufsgruppen entwickelt und konsentiert. Für den DBfK haben zwei Mitglieder aus der Bundesarbeitsgemeinschaft Palliativpflege mitgewirkt.

Eine Charta ist so stark, wie sie gelebt wird. Da Gesellschaft und Wirtschaft dringend auf eine „Letztverlässlichkeit“³ angewiesen sind, sollte jede Pflegefachperson sich ermutigt fühlen, ihren ganz persönlichen Beitrag zu leisten - sei es im konkreten Pflegeprozess oder in einem berufspolitischen Engagement.

Übertragen auf den Pflegeprozess ergibt sich aus den Handlungsempfehlungen:

- 1)** Bei der Pflegeprozessplanung ist grundsätzlich - und nicht nur im Zusammenhang mit onkologischen Erkrankungen⁴ - die Notwendigkeit einer Palliativversorgung zu reflektieren. Ist die Situation durch eine erschwerte Kommunikation nicht eindeutig, z.B. durch einen Migrationshintergrund oder eine kognitive Einschränkung⁵, sollte eine interprofessionelle Fallbesprechung angeregt werden.
- 2)** Die für den Pflegeprozess zuständige Pflegefachperson nimmt an Fallbesprechungen teil und regt diese bei Bedarf auch von sich aus an.
- 3)** Im Pflegeprozess sind die Vorstellungen, Werte und Wünsche der schwerstkranken und sterbenden Menschen zu beachten. Entscheidungen werden gemeinsam, zumindest unter Achtung des mutmaßlichen Willens getroffen. Dabei wird „Schubladendenken“ (Diversity, geflohene Menschen, Alter und Trauma) vermieden.
- 4)** Im Pflegeprozess werden die Bedürfnisse und Bedarfe der schwerstkranken und sterbenden Menschen sowie der ihnen Nahestehenden regelmäßig reflektiert und benannt. Anpassungen einzelner Inter-

¹ Nachzulesen unter http://www.charta-zur-betreuung-sterbender.de/nationale-strategie_handlungsempfehlungen.html (aufgerufen am 09.03.2018)

² Nachzulesen unter <http://www.charta-zur-betreuung-sterbender.de/die-charta.html> (aufgerufen am 09.03.2018)

³ vgl. Handlungsempfehlungen S.9, Ziele, S. 10, Umsetzung → Leitsatz 1 der Charta

⁴ vgl. Handlungsempfehlungen S. 15, Handlungsfeld 1 → Leitsatz 2 der Charta

⁵ vgl. Handlungsempfehlungen S. 15, Handlungsfeld 2 → Leitsatz 2 der Charta

ventionen können auf dieser Basis vereinbart werden.

- 5) Zum Pflegeprozess gehören auch die Aufklärung und Schulung der schwerstkranken und sterbenden Menschen sowie derer nahestehenden Personen.
- 6) Im Pflegeprozess werden in jedem Setting (z.B. Krankenhaus, ambulante bzw. stationäre Pflegeeinrichtung) nahestehende Personen mit ihren Bedürfnissen und Ressourcen berücksichtigt und eingebunden.
- 7) Auch wenn die Pflegeprozessplanung auf das aktuelle Setting fokussiert, sollte auch settingübergreifend gedacht werden. Die für das Entlassmanagement zuständigen Personen erhalten Kenntnis über den jeweiligen Pflegeprozess, um diesen bei der weiteren Überleitung berücksichtigen zu können.
- 8) Die Vernetzung mit weiteren Akteuren ist in der Pflegeprozessplanung zu reflektieren und ggf. anzuregen. In stationären und ambulanten Settings zählen hierzu auch die Angebote der allgemeinen und der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (AAPV/SAPV)⁶.
- 9) Die Pflegefachpersonen erkennen die Phasen im Sterbeprozess und treffen auf dieser Basis die notwendigen Entscheidungen für ihr eigenes Handeln. Dazu gehört auch die Begleitung/Beratung von Nicht-Fachkräften wie z.B. Menschen im freiwilligen sozial Jahr, Reinigungskräfte, Haustechnik.“⁷
- 10) Anhand des Pflegeprozesses reflektiert sich die Pflegefachperson und ihren Ressourceneinsatz selbst. Bei Notwendigkeit sorgt sie für Unterstützung (z.B. Coaching, Weiterbildung, Kollegiale Beratung, Auszeit).

Fazit:

Jede Pflegefachperson, die sich am ICN-Ethikkodex für Pflegende orientiert, erfüllt ohne Einschränkungen die Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen.

⁶ vgl. Handlungsempfehlungen S. 17

⁷ vgl. Handlungsempfehlungen S. 35

Übertragen auf die Rahmenbedingungen zur Gewährleistung des erwarteten Pflegeprozesses ergibt sich aus den Handlungsempfehlungen:

- (A)** Jede Person, der die Leitung einer Pflegeeinrichtung oder eines Krankenhauses anvertraut wurde, sowie jede Pflegefachperson kennt den Inhalt der Charta.
- (B)** Die Pflegefachpersonen berücksichtigen die Charta im Pflegeprozess und sind sich der Notwendigkeit einer „Letztverlässlichkeit“ bewusst.
- (C)** Pflege ist Beziehungsarbeit. Die Pflegenden brauchen für sich eine Achtsamkeitskultur.
- (D)** Um ihren Beruf so ausüben zu können, dass sie den schwerstkranken und sterbenden Menschen und den ihnen Nahestehenden eine „Letztverlässlichkeit“ anbieten können, benötigen auch die beruflich Pflegenden verlässliche Rahmenbedingungen, die ein solches Angebot zulassen.
- (E)** Für eine „Letztverlässlichkeit“ bedarf es einer Feedbackkultur und einer Meldestruktur (ähnlich dem CIRS). Diese ist gemeinsam von Leistungsanbietern und den strukturverantwortlichen Akteuren zu entwickeln und zu implementieren.
- (F)** Beruflich Pflegende beteiligen sich aktiv an den gesellschaftlichen Diskussionen über die Begleitung von schwerstkranken und sterbenden Menschen und den ihnen Nahestehenden.
- (G)** In Gesprächen mit schwerstkranken und sterbenden Menschen und der ihnen Nahestehenden sowie gegenüber anderen Berufsgruppen vertreten sie eine professionelle Position.
- (H)** Die Pflegefachpersonen bringen sich im Rahmen ihrer Kompetenz und Möglichkeit ein und übernehmen ggf. die Koordination.
- (I)** Die Rolle der Pflegefachpersonen wird in der Öffentlichkeit wahrgenommen. Die fachliche Kompetenz der beruflich Pflegenden wird öffentlich gewürdigt.
- (J)** Für den wirkungsvollen und verlässlichen Einsatz von AAPV- und SAPV-Teams ist in den ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen eine Kultur der Multiprofessionalität notwendig. AAPV/SAPV Teams werden nicht als „Konkurrenz“ empfunden.
- (K)** Die Pflegeeinrichtung stellt sicher, dass die für den jeweiligen Pflegeprozess zuständige Pflegefachperson an Fallbesprechungen teilnehmen kann.
- (L)** Pflegeeinrichtungen und Krankenhäuser unterstützen in ihren Un-

ternehmen eine Hospiz-und Palliativkultur⁸.

- (M)** Pflegeeinrichtungen und Krankenhäuser beteiligen sich aktiv bei der kommunalen, sektorenübergreifenden Pflegestrukturplanung auch zur in der Hospiz und Palliativversorgung.
- (N)** Pflegeeinrichtungen und Krankenhäuser schaffen Voraussetzungen für die Pflegefachpersonen, sich weiterzubilden und somit verantwortungsvolle Pflege und Begleitung anbieten können⁹.
- (O)** Für Pflegefachpersonen mit der Weiterbildung Palliative Care können sich weitere Aufgabenfelder ergeben (z.B. Kollegiale Beratung, Moderation von Fallbesprechungen, Koordination der Palliativversorgung, Beiträge im Rahmen einer innerbetrieblichen Fortbildung).
- (P)** Pflegeeinrichtungen und Krankenhäuser schaffen personelle Bedingungen für eine würdevolle Begleitung am Lebensende. Sie sind sich der Fürsorgepflicht gegenüber ihren Mitarbeitenden bewusst und ermöglichen eine reflektierende Arbeit¹⁰.
- (Q)** Die Pflegeeinrichtungen und die Krankenhäuser schaffen räumliche Bedingungen¹¹ für eine würdevolle Begleitung am Lebensende.

Alle Pflegefachpersonen sind eingeladen, sich in ihrem persönlichen Pflegealltag mit den Empfehlungen auseinanderzusetzen. Die Mitglieder der BAG Palliative Care hoffen, mit der Zusammenfassung einige Inspirationen geben zu können und möchten sie ermutigen, sich aktiv für die Gestaltung der Rahmenbedingungen einzusetzen. Bei Fragen oder Rückmeldungen ist die BAG Palliative Care über die Emailadresse dbfk@dbfk.de mit dem Betreff „Palliative Care“ zu erreichen.

Berlin im März 2018

⁸ vgl. S. 36, grundlegende Ansätze

⁹ vgl. S. 19, Systemebene; S. 36, grundlegende Ansätze

¹⁰ vgl. S. 36, grundlegende Ansätze; S.37 grundlegende Prinzipien

¹¹ vgl. S. 31, strukturelle Rahmenbedingungen



**Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK),
Bundesverband e.V.**

Bundesarbeitsgemeinschaft Palliative Care

Alt-Moabit 91

10559 Berlin

dbfk@dbfk.de

www.dbfk.de